# ANNALES

DE

# DERMATOLOGIE ET DE SYPHILIGRAPHIE

FONDÉES PAR A. DOYON

# TROISIÈME SÉRIE

PUBLIÉE PAR

MM.

#### ERNEST BESNIER

Médecin de l'hôpital Saint-Louis. Membre de l'Académie de médecine.

#### A. DOYON

Médecin inspecteur des eaux d'Uriage. Correspondant de l'Académie de médecine.

#### BROCQ

Médecin des Hôpitaux.

#### A. FOURNIER

Professeur à la Faculté de médecine. Médecin de l'hôpital Saint-Louis.

#### HALLOPEAU

Médecin de l'hôpital Saint-Louis. Membre de l'Académie de médecine.

#### G. THIBIERGE

Médecin des Hôpitaux.

#### AVEC LA COLLABORATION DE MM.

ARNOZAN, AUBERT, AUGAGNEUR, BALZER, BARTHÉLEMY, BROUSSE
CORDIER, J. DARIER, DIDAY, W. DUBREUILH, DU CASTEL
ERAUD, GAILLETON, GAUCHER, GEMY, HORAND, HUDELO, JACQUET, JEANSFLME
L. JULLIEN, H. LELOIR, L. LEPILEUR, A. MATHIEU, CHARLES MAURIAG, MERKLEN
MOREL-LAVALLÉE, M. NICOLLE, L. PERRIN, PORTALIER, QUINQUAUD
PAUL RAYMOND, ALEX. RENAULT, J. RENAUT,
J. ROLLET, P. SPILLMANN, TENNESON, VERCHÉRE, LOUIS WICKHAM

Secrétaire de la Rédaction :

#### D' HENRI FEULARD

Ancien Chef de Clinique de la Faculté à l'hôpital Saint-Louis.

#### PRIX DE L'ABONNEMENT ANNUEL :

Paris, 30 fr. - Départements et Union Postale, 32 fr.

TOME IV. - 1893

#### PARIS

G. MASSON, ÉDITEUR

LIBRAIRE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE 120, BOULEVARD SAINT-GERMAIN

MDCCCXCIII

# ANNALES

# THE PERSON AND THE PE

NOTES A RESIDENCE

all althe maderour

-

Transfer of the large of

t i

SABATH BUSEAM :

1 1 1 1 1

(18

hô

des

pul

### ANNALES

DE

# DERMATOLOGIE ET DE SYPHILIGRAPHIE

### P. HORTELOUP

17 septembre 1837 - 11 janvier 1893

Les Annales de dermatologie ont à déplorer la perte d'un de leurs directeurs, M. le D' PAUL HORTELOUP, chirurgien de l'hôpital Necker, qui vient de succomber à la suite d'une longue et cruelle maladie, à l'âge de 55 ans. M. Horteloup était fils d'un médecin très distingué, qui avait, lui aussi, fait partie du corps médical des hôpitaux de Paris; M. Horteloup père avait même été le délégué des médecins des hôpitaux au Conseil général des hospices.

Bien dirigé dans ses études médicales et concurrent brillant, M. Horteloup franchissait, très jeune encore, les divers degrés de notre hiérarchie hospitalière.

Interne des hôpitaux à 22 ans (promotion de 1859), il fut envoyé, à la fin de son internat, en Syrie et en Égypte pour y étudier la marche du choléra; et la façon dont il remplit la mission dont on l'avait chargé lui valut à son retour la croix de la Légion d'honneur (1863); sa thèse inaugurale, Sur la sclérodermie, est de 1865.

Le 1<sup>er</sup> mai 1868, il n'avait pas encore 30 ans, il était nommé, après un brillant concours, chirurgien du Bureau central.

En 1873, M. Horteloup était placé à l'hôpital du Midi; et dans cet hôpital où depuis Ricord et Cullerier, les chirurgiens n'avaient fait que se succéder rapidement, il resta douze années qu'il consacra à l'étude des maladies vénériennes et des affections des organes génito-urinaires. Il fit alors une série de conférences très suivies des élèves et publia sur ces sujets spéciaux un certain nombre de mémoires parmi

lesquels nous citerons: Du virus syphilitique et de sa transmissibilité, France méd., 1881; De la syphilis maligne, France méd., 1876; De l'adénopathie et de la lymphite syphilitique. Du pseudochancre syphilitique, Ann. de dermatologie, 1877; De l'albuminurie syphilitique, Ann. de dermat., 1886; Traitement de la syphilis par les fumigations de calomel, Ann. de dermat., 1875; Leçons sur le bubon chancreux, France méd., 1882; De la virulence des bubons, Soc. de chir., 1884; Des complications inflammatoires du chancre simple, Semaine méd., 1885; Note sur la propagation de la blennorrhagie et sur la péritonite blennorrhagique, Soc. de méd. de Paris, 1878; Des arthrites blennorrhagiques, Soc. de chirurgie, 1885, etc. De l'uréthrotomie interne, Soc. de méd., 1878; De l'uréthrotomie externe, France méd., 1883, etc.

A cette liste s'ajoutent les deux thèses qu'il présenta au concours d'agrégation de chirurgie : Plaies du larynx, de la trachée et de l'œsophage ; leurs conséquences et leur traitement, 1869 ; Tumeurs du sein chez l'homme, 1872.

M. Horteloup avait aussi formé une collection de moulages à l'instar du musée de Saint-Louis, reproduisant les types principaux des maladies vénériennes, collection dont il fit don à l'hôpital du Midi en le quittant.

En 1885, en effet, M. Horteloup passait comme chirurgien à la Maison municipale de santé; et en avril 1890, il entrait à l'hôpital Necker où il remplaçait, à la tête du service fondé par Civiale pour les mala dies des voies urinaires, M. Guyon, nommé professeur de clinique des mêmes maladies.

Ses travaux antérieurs et sa pratique de l'hôpital du Midi le désignaient pour cette place et il s'était installé dans ce service avec l'intention d'y rester jusqu'à la fin de sa carrière et d'y continuer son enseignement de l'hôpital du Midi.

Les Leçons sur l'uréthrite chronique, publiées l'année dernière et dont les Annales ont rendu compte, étaient la première réalisation de ses projets.

Membre assidu et très actif de la Société de chirurgie, M. Horteloup remplit pendant plusieurs années les fonctions de secrétaire général, et dans les éloges de Voillemier, de Chassaignac, de Broca et de Sédillot qu'il eut l'occasion de prononcer, il fit preuve de remarquables qualités littéraires; il devint président de cette Société en 1886.

Ses collègues des hôpitaux le désignèrent, il y a quelques années, pour les représenter au Conseil de surveillance de l'Assistance publique; et il faisait partie également du Conseil général de l'Association des médecins de France; c'est dire en quelle haute et sympathique estime il était tenu dans le corps médical. M. Horteloup était officier de la Légion d'honneur.

n

y

to

Ė

to

q

tr

e:

La mort de son frère, atteint de diabète, survenue l'année dernière, avait profondément affecté M. Horteloup; il se savait atteint de la même maladie; et, surmené par une clientèle fort étendue, il dut, il y a quelques mois, tenter d'aller chercher dans le Midi le rétablissement d'une santé gravement compromise; c'est à Hyères qu'il est mort, le 11 janvier 1893; ses obsèques ont eu lieu à Paris, le 16 janvier; par sa volonté expresse, aucun discours n'a été prononcé sur sa tombe.

M. Horteloup laisse après lui les regrets unanimes et le souvenir d'un homme parfaitement honnête et aimé de tous ses collègues.

H. F.

#### TRAVAUX ORIGINAUX

Éruption généralisée et symétrique de croûtes cornées, avec chute des ongles, d'origine blennorrhagique, coıncidant avec une polyarthrite de même nature. — Récidive à la suite d'une nouvelle blennorrhagie, deux ans après la guérison de la première maladie.

#### Par M. Émile Vidal.

(Communication à la Société française de dermatologie et de syphiligraphie.)

Le malade sur lequel j'ai l'honneur d'appeler l'attention de la Société est entré le 15 décembre dernier dans le service de M. Besnier. Mon éminent collègue et ami, sachant que j'avais eu à soigner cet homme d'une maladie semblable à celle qui l'amène actuellement à l'hôpital St-Louis, a mis le plus gracieux empressement à me permettre de vous le présenter.

Les manifestations cutanées d'origine infectieuse que nous constatons aujourd'hui sont d'une variété si rare que je n'en avais encore vu qu'un exemple et cet exemple unique m'avait été fourni par ce même malade.

A trente-deux mois d'intervalle je vois se reproduire, trait pour trait, les symptômes et la marche de la maladie que j'avais observée, en 1890 : les lésions cutanées sont identiques et leur évolution est exactement la même. En voici la double observation :

I

OBSERVATION. — C..., Alphonse, âgé de 24 ans, exerçant la profession derelieur, est un homme de taille moyenne, d'un tempérement nerveux.

Antécédents. — Son père et sa mère sont rhumatisants (nous avons appris depuis, que cette dernière est devenue folle et est morte en 1892).

A l'age de 18 ans, C... contracta une blennorrhagie et des chancres mous. La blennorrhagie guérit rapidement sans aucune complication. Les chancres furent cicatrisés en moins de trois semaines; ils ne furent suivis d'aucun symptôme de syphilis secondaire, ce qui confirma le diagnostic de chancres non infectants inscrit par M. Mauriac sur le billet du malade à l'hôpital du Midi.

Le 25 février 1890, il s'apercevait d'une nouvelle blennorrhagie assez aiguë; elle marqua le point de départ et fut l'origine des accidents infectieux qui devaient l'obliger à passer plusieurs mois à l'hôpital.

Dans les premiers jours du mois de mai des douleurs vives dans le genou droit le décidaient à entrer à l'hôpital de la Charité.

Plusieurs jointures devenaient douloureuses; le 12 mai, le genou gauche était également atteint d'une arthrite blennorrhagique bien caractérisée.

Dans les premiers jours d'avril, sans que le malade puisse indiquer de date précise, il vit se développer, sur la peau de la région antérieure du genou droit, des croûtes qui persistaient encore quelques semaines plus tard et dont nous parlerons en décrivant les lésions cutanées au moment de l'entrée à l'hôpital St-Louis.

Vers la fin d'avril des croûtes de même espèce se formaient sur les pieds et sur les mains, beaucoup plus abondantes sur les régions plantaires et palmaires. Le malade dit que ces croûtes n'auraient été précédées ni de vésicules, ni de bulles.

Cette éruption le décide à entrer à l'hôpital Saint-Louis; il y est admis dans mon service (salle Devergie, n° 44), le 27 mai 1890.

État actuel. — Ce malade est pâle, amaigri, profondément cachectique et condamné au décubitus dorsal par les souffrances prolongées d'une polyarthrite blennorrhagique.

La blennorrhagie qui a été traitée d'abord par le cubèbe, puis par l'opiat au cubèbe et au copahu, n'est pas encore terminée et la pression sur le trajet de l'urèthre fait sourdre quelques gouttes de muco-pus.

Les yeux, dont la conjonctive a été assez vivement enflammée, sont encore un peu rouges. Le bord libre des paupières est le siège d'une blépharite et les cils sont agglutinés par de petites croûtes.

Le genou droit est encore très tuméfié et immobilisé par la douleur. L'articulation scapulo-humérale droite est douloureuse. Le doigt médius de la main droite est gonflé, rouge, douloureux, au niveau de l'articulation de la première avec la seconde phalange. Cette petite articulation est aussi le siège d'une arthrite blennorrhagique.

La peau attire l'attention par une dermopathie tout à fait insolite : c'est une éruption symétrique et généralisée de croûtes dures, cornées, sèches, sans traces d'humidité ni de suintement. Petites et disséminées sur la tête, sur la face, sur le tronc, ces croûtes deviennent plus grosses sur le tronc et sont d'autant plus abondantes qu'on se rapproche davantage des extrémités et surtout des extrémités inférieures.

La main droite est beaucoup plus envahie que la gauche. La face palmaire présente des croûtes d'un jaune brun, les unes isolées, les autres es

p

réunies, les unes aplaties les autres saillantes, enchâssées dans un épiderme très épaissi, fortement adhérentes et présentant une très grande ressemblance avec la syphilide cornée.

Les doigts sont inégalement envahis, quelques croûtes discrètes sur leurs faces externes, internes et antérieures. Elles sont plus abondantes vers l'extrémité des doigts où elles se confondent pour former une croûte cornée, épaisse, enveloppant tout le bout du doigt et soulevant l'ongle qui est déjà presque détaché. La pression fait suinter quelques gouttes de pus provenant du tissu sous-unguéal. Ces productions cornées sont entourées par un liséré rougeâtre.

La main gauche, beaucoup moins atteinte, ne présente que trois petites croûtes cornées, jaunâtres sur la face palmaire. Les deux derniers doigts sont indemnes. Des croûtes soulèvent le bord libre des ongles des trois premiers doigts.

Les bras et les avant-bras sont très peu atteints. On y voit, disséminées, de petites croûtes cornées qui ressemblent, et par leur coloration et par leur demi-transparence, à de fines gouttelettes de cire jaune. Elles sont en général discrètes; on ne les trouve en groupe qu'au bord externe de l'avant-bras droit.

Tandis qu'autour du genou gauche on ne voit que quelques rares éléments croûteux, sur la face antérieure du genou droit (siège d'une des arthrites blennorrhagiques) les croûtes sont plus abondantes, plus volumineuses, d'apparence jaunâtre, cireuse, ayant une saillie conique de 1 à 3 millim. au-dessus du niveau de la peau, formant deux groupes, un supérieur situé juste au-dessus du bord de la rotule et un inférieur composé d'éléments plus petits. (Moulage de Baretta n° 1544 du musée de l'hôpital St-Louis.)

Le pied droit est moins envahi que le gauche. La peau de sa face dorsale est à l'état normal.

Celle de la face dorsale des deux derniers orteils est recouverte par une enveloppe cornée d'un jaune brun, plus épaisse sur la saillie des articulations interphalangiennes.

L'extrémité des trois derniers orteils est coiffée par une calotte cornée qui commence à soulever les ongles. Une véritable corne cutanée demitransparente formant un cône, d'un centimètre et demi de hauteur dont la base n'a pas plus d'un centimètre de diamètre, s'élève sur la peau de la face dorsale du 5° orteil, au niveau de l'articulation de la première phalange avec la deuxième.

La face plantaire du pied, sur toutes les parties qui reposent sur le sol, est recouverte d'une croûte cornée en forme de fer à cheval, concave du côté du bord interne. Cette plaque cornée est plus épaisse et plus dure sous le talon et à la base des orteils. Dans ces régions, elle est en partie brisée, exfoliée et se soulève par larges écailles dures et épaisses.

La lésion dépasse la plante du pied et s'étend un peu sur ses bords-(Moulage de Baretta nº 1523 du musée de l'hôpital St-Louis.)

On retrouve sur le pied gauche les mêmes lésions, mais plus accentuées,

Les extrémités de tous les orteils sont recouvertes d'une croûte cornée

S

S

S

c

Z

e

e

e

u

s

S

S

ø

e

e

encore plus complète et plus épaisse que celle des doigts de la main droite. Tous les ongles paraissent soulevés.

Sur le bord interne une croûte conique tout à fait cornée du diamètre d'une pièce de 50 centimes. En la détachant on met à nu une papule un peu humide et papillomateuse.

On voit une autre croûte semblable au niveau de la malléole externe,

Sur la région antérieure de la poitrine, sur le dos, sur l'abdomen, on constate la présence de quelques petites croûtes convexes, sèches et dures, qui, pour la plupart, ne dépassent pas la grosseur d'un grain de millet. Généralement isolées, elles sont, en quelques points, réunies en groupes. Des macules rougeâtres, d'autres pigmentées indiquent le siège qu'occupaient antérieurement des croûtes qui sont tombées.

Sur la face, sur les oreiltes on voit quelques petites croûtes.

Il en existe quelques-unes, un peu plus grosses sur le cuir chevelu.

Les ganglions des régions inguinales et de la région cervicale postérieure sont un peu tuméfiés. Cette adénopathie,—qui ne s'est pas reproduite dans la récidive de la maladie,—ainsi que l'apparence de l'éruption, particulièrement à la paume des mains et à la plante des pieds, avait contribué à me faire penser à une syphilide cornée. Cette opinion était partagée par plusieurs de mes collègues. Le traitement antisyphilitique n'amena aucune modification.

L'examen des organes internes ne révèle rien d'anormal. Le cœur paraît sain.

L'analyse de l'urine ne décèle ni albumine, ni sucre.

La sensibilité étudiée dans ses différents modes ne paraît pas modifiée, bien que le malade soit assez nerveux et excitable.

Évolution et structure des croûtes. — Je n'ai vu qu'exceptionnellement les croûtes précédées par des vésicules ou des vésico-pustules. En général on constatait l'apparition d'une petite croûte jaunâtre, sèche et dure, grosse d'abord comme un grain de millet, s'élevant graduellement, bombée ou acuminée, s'étendant par ses bords jusqu'à dépasser un centimètre de diamètre. Sa face adhérente, un peu concave, couvrait une papule un peu papillomateuse, sèche ou légèrement humide.

La coupe des productions cornées les plus dures laissait voir, au microscope, une stratification de couches épidermiques cornées et ressemblait à la coupe d'une corne cutanée.

A l'examen bactériologique, fait à plusieurs reprises, nous n'avons trouvé aucun microbe pathogène.

Marche de la maladie. — Le 15 juin l'arthrite blennorrhagique a envahi de nouvelles articulations. Localisee d'abord au genou gauche, puis au genou droit, elle a atteint, en 5 ou 6 jours, toutes les articulations des membres supérieurs. Les souffrances sont très vives, et ne sont pas modérées par le salicylate de soude administré à la dose quotidienne de 5 et 6 gr. Le sulfate de quinine produit un meilleur résultat. L'état aigu, avec mouvement fébrile très intense, dure pendant 10 jours jusqu'au 25 juin. Le cœur ne paraît pas avoir été intéressé dans cette exacerbation de l'état infectieux.

Malgré les abondantes transpirations qui ont accompagné l'état fébrile,

u

le

C

P

#### ÉRUPTION CORNÉE D'ORIGINE BLENNORRHAGIOUE

pendant plusieurs jours, les croûtes se sont peu modifiées et il n'en a guère paru de nouvelles que sur la région dorsale.

Celles de la face palmaire de la main droite se fissurent, se brisent et commencent à s'exfolier.

Les ongles du pouce et de l'index sont tombés; ils sont remplacés par une petite masse sphérique en haut, en massue à son extrémité, composée d'éléments cornés, de couleur jaune brunâtre, demi-transparents comme les croûtes des autres régions.

Les ongles du médius, de l'annulaire et du petit doigt, près d'être détachés, sont comme enchâssés et sont repoussés en haut par la production épidermique croûteuse et cornée qui les entoure complètement et forme autour de chacun d'eux comme un véritable collier. Sur l'auriculaire et sur le médius deux croûtes isolées formant deux masses acuminées, assez volumineuses, ressemblant à deux véritables cornes cutanées.

L'éruption a augmenté sur la face palmaire de la main gauche. On y voit quelques-unes des croûtes entourées d'une collerette épidermique rappelant la collerette de Biett.

Les ongles entourés de croûtes, commencent à être soulevés; ils ont déjà une teinte jaunâtre qui indique leur mortification.

L'éruption est devenue plus abondante sur les pieds. Leur face dorsale a été envahie par les croûtes.

Tous les orteils, à l'exception du cinquième, ont perdu leurs ongles. Ces phanères sont remplacés par une croûte jaunâtre, dure et sèche, encadrée par une croûte cornée plus épaisse plus dure et plus élevée.

Le 25 juillet. L'état du malade étant notablement amélioré, l'appétit et le sommeil étaient revenus, l'anémie commençait à diminuer; l'écoulement blennorrhagique était presque tari; quelques douleurs persistaient encore dans les articulations du bras gauche et dans les genoux encore tuméfiés, lorsque, par suite de réparations à faire dans mes salles, le malade fut transféré dans le service de M. Besnier, suppléé par M. Brocg.

Dans la pensée que les lésions étaient d'origine trophique, M. Brocq fit appliquer à plusieurs reprises et à huit jours d'intervalle des pointes de feu sur le trajet du rachis.

Des douches écossaises, puis ensuite des douches froides, furent associées à ce traitement révulsif.

Le 20 septembre, les doigts et les orteils sont presque complètement débarrassés de leurs productions cornées.

Tous les ongles de la main droite sont tombés; à la main gauche ceux du pouce et du médius sont seuls tombés.

Tous les orteils ont perdu leurs ongles,

Le 11 octobre. On ne voit plus trace de croûtes sur les mains et l'épiderme est en réparation; les ongles commencent à repousser; à leur pourtour ils sont entourés par un liséré rouge d'un à deux millimètres de largeur. Plusieurs des ongles nouveaux sont striés dans le sens de leur longueur.

Sur la face plantaire des pieds on ne voit plus de croûtes; les parties de peau qu'elles recouvraient sont encore très rouges; leur épiderme nouveau est très mince, et la sensibilité de cette région est très vive.

Les ongles des orteils n'ont pas encore repoussé; une plaque croûteuse.

cornée, d'un centimètre de longueur sur un centimètre de largeur, adhère encore à l'extrémité du gros orteil du pied droit.

Le 27 novembre, C... rentre dans mon service. Son état général est considérablement amélioré.

Le 13 décembre, sauf un peu de rougeur à la plante des pieds, la peau a repris son aspect normal. On ne trouve aucune apparence de cicatrice, ce qui indique que la lésion a été superficielle et n'a pas dépassé la couche papillaire.

Les ongles ont tous repoussé.

La blennorrhagie est complètement guérie.

Le 3 janvier, C..., en état de reprendre ses occupations, quitte l'hôpital Saint-Louis.

#### II

Récidive de la dermatose cornée et des arthrites dans le cours d'une nouvelle blennorrhagie, deux ans après la guérison de la première maladie.

Après sa sortie de l'hôpital, le 3 janvier 1891, C..., n'avait conservé aucune trace de blennorrhagie. Les ongles avaient repoussé, les lésions cutanées avaient complètement disparu, — sans laisser de cicatrices — et la coloration un peu pigmentée qui leur avait survécu avait fini par s'effacer.

Fait important à noter : les croûtes qui se formaient sur les coupures ou les écorchures qu'il se faisait accidentellement étaient friables, comme les croûtes ordinaires et n'avaient rien de l'état corné des lésions observées pendant la maladie. Il en était de même avant la première infection blennorrhagique.

Plusieurs orteils s'étaient rétractés et le deuxième orteil de chaque pied avait subi la déformation dite « en marteau ».

Cette difformité le gênant pour faire mouvoir la pédale du rouleau de relieur, l'avait obligé à changer de profession. Employé comme homme de peine, il portait facilement de lourds fardeaux et était en très bonne santé lorsque survint l'affection qui l'a décidé, en ces derniers temps, à venir se faire soigner à l'hôpital. C'est presque trait pour trait, à trente-deux mois d'intervalle, entre le commencement de chacune des deux blennorrhagies qui en ont été l'origine, la reproduction de la curieuse maladie que nous avions observée en 1890. Nous avions conservé sur sa nature des doutes que la récidive actuelle vient éclairer.

Début de la deuxième infection bleunorrhagique. — Le 8 novembre 1892. C... contracte une nouvelle bleunorrhagie, modérément douloureuse, avec écoulement peu abondant, qui ne l'empêchait pas de travailler.

Vers le huitième jour, une conjonctivite des deux yeux l'obligeait à garder la chambre, et le dixième jour il commençait à souffrir de l'articulation coxo-fémorale droite.

Le 23 novembre, il vient consulter à l'hôpital St-Louis et M. Sabouraud l'envoie à la clinique d'ophtalmologie.

Admis à l'Hôtel-Dieu le 25, dans le service de M. le professeur Panas, il y fut soigné pendant trois semaines.

L

1

2

Nei

riol

rac

les

cot

rha

rég

pla

née

l'he

I

cor

pot

fois

cat

1

1

2

L'a

Ce

lio

cul

cet

On

cat

féb

ava

la

ex

ort

1

cit

I

I

I pré

F

L'examen fait par M. le Dr Terson démontra :

1º Que l'écoulement blennorrhagique contenait des gonocoques de Neisser;

2º Que la conjonctivité était simple, non purulente, et l'examen bactériologique n'y a montré que les bacilles désignés par Fritsch sous les caractères α, β. etc.

Pendant que la conjonctivite cédait à de simples lotions d'eau boriquée, les symptômes actuels commençaient à se manifester sur la peau et du côté des articulations.

Le genou droit, très douloureux, était tuméfié par une arthrite blennorrhagique.

Des croûtes sèches, dures, sans vésicules apparentes, sans pustules préexistantes, se formaient sur la région antérieure de la poitrine et sur la région dorsale. Des croûtes, de même nature, s'étendant par leurs bords et augmentant graduellement d'épaisseur, se manifestaient aux régions plantaires et sur les orteils.

Le malade voyait se reproduire et reconnaissait les mêmes lésions cutanées dont il avait été atteint en 1890.

Presque guéri de sa conjonctivite, il quittait l'Hôtel-Dieu pour entrer à l'hôpital Saint-Louis, où il fut admis le 15 décembre, dans le service de M. Ernest Besnier (salle Devergie, n° 27).

Peu de jours après son entrée, il s'est reproduit une nouvelle crise de conjonctivite, assez intense au déhut, avec photophobie assez prononcée pour avoir fait penser à l'existence d'une iritis. Mais, comme la première fois, cette conjonctivite a cédé assez rapidement aux lotions et aux applications de compresses imbibées de solution d'acide borique.

État actuel. - Le 5 janvier 1893, nous constatons que:

1° La blennorrhagie, traitée à l'Hôtel-Dieu par des capsules de santal citrin, a complètement cessé. Un examen du mucus uréthral fait par M. Sabouraud n'a montré aucun gonocoque et confirme la guérison;

2º Plusieurs articulations sont atteintes d'une arthrite blennorrhagique. L'articulation scapulo-humérale gauche est le siège de vives douleurs. Celle du côté droit, qui avait été prise assez violemment, est en voie d'amélioration. Le genou droit est encore gonflé et douloureux.

Le malade a éprouvé des douleurs dans les jointures des doigts. L'articulation de la première avec la deuxième phalange de la main droite, est prise comme elle l'avait été lors de la première maladie. Au niveau de cette arthrite, qui est le siège de vives douleurs, le doigt est très tuméfié. On voit sur la peau une large bulle blanchâtre formée à la suite de l'application d'un morceau de sparadrap de Vigo.

Cette polyarthrite blennorrhagique a donné lieu à des mouvements fébriles assez modérés et la température n'a pas dépassé 39°. Ce maximum avait été constaté le 2 janvier;

3º Les lésions cutanées qui ont commencé sur la région antérieure de la poitrine et sur le dos, se sont généralisées et sont symétriques. Elles sont plus abondantes et forment des croûtes cornées plus épaisses aux extrémités et surtout à la paume des mains, à la plante des pieds, aux orteils et autour des malléoles. Le diamètre des croûtes isolées varie de deux à dix millimètres et même davantage. Les plus petites sont celles de la face et du tronc.

Elles sont bombées ou coniques, dures, cornées, s'exhaussant par couches successives, grandissant par leurs bords et entourées d'un cercle en desquamation. Elles sont assez adhérentes et, en les détachant, on découvre une papule saillante un peu humide et végétante. La face adhérente de ces croûtes est concave et porte les empreintes des prolongements papillomateux.

L'éruption est discrète sur la face et sur le cuir chevelu. On n'y voit que quelques petites croûtes cornées disséminées, et on trouve des macules rouges qui ont succédé à des croûtes récemment tombées.

Le bord des paupières est encore rouge. Les conjonctives sont à peine injectées.

Des croûtes peu nombreuses existent sur le tronc, sur la poitrine, sur le ventre, sur le dos, sur les régions fessières. Elles sont plus nombreuses, mais encore discrètes, sur les cuisses, plus abondantes sur les genoux.

En descendant vers le bas de la jambe elles deviennent confluentes, en bien des points; autour des malléoles elles forment des plaques épaisses. Les croûtes de cette région n'ont pas toutes le même aspect, les unes sont d'un jaune brunâtre transparent (comme les croûtes des autres régions du corps); les autres sont plus jaunâtres, opaques, un peu pulvérulentes sur leurs bords; ces dernières ont succédé à une éruption de vésicules dont le liquide est devenu jaunâtre, séro-purulent et s'est ensuite desséché.

Sur la région plantaire et sur les orteils, nous retrouvons exactement la même apparence des lésions que nous avions constatée dans la première maladie.

Sous la plante du pied et surtout dans la région métatarso-phalangienne de larges croûtes forment des tubérosités dures, cornées.

Elles couvrent, en une large plaque inégale et mamelonnée, la région du talon.

Les orteils sont enveloppés, autour de leur extrémité, par une carapace jaune brunâtre cornée, comme transparente, cernant les ongles qu'elle commence à soulever.

Les extrémités des orteils sont très sensibles, douloureuses et le malade se plaint vivement lorsqu'on les touche.

Comme dans la première maladie, la face palmaire des mains est le siège de productions cornées, les unes discrètes, les autres un peu conglomérées. Enchâssées dans l'épiderme, difficiles à détacher, elles ressemblent aux papules cornées de la période secondaire de la syphilis.

On ne voit que quelques petites croûtes sur les doigts. L'extrémité du pouce gauche est coiffée par une croûte cornée qui commence à soulever le bord libre de l'ongle.

L'appétit est revenu, le sommeil est moins troublé par les douleurs articulaires, et le malade qui était très amaigri, très affaibli et très anémié, commence à reprendre des forces.

La sensibilité étudiée dans ses différents modes ne paraît pas modifiée, même aux extrémités inférieures. Les réflexes du tendon rotulien sont un

nei

M.

on

hu

ser

en

eut

cel

ces

do

fee

rh

tiq

gi

ma

av

pu

r

Th

un peu exagérés, mais il faut tenir compte de ce que le malade est très nerveux.

12 janvier. Des applications de liniment oléo calcaire, prescrites par M. Besnier et faites sur le pied gauche et sur le bas de la jambe, ont ramolli et fait tomber les croûtes cornées entraînant, dans leur chute, les ongles nécrosés et déjà décollés. Elles laissent à nu une surface rouge, humide, inégale mais non ulcérée; l'épiderme voisin est plus ou moins épaissi et soulevé sur les bords des régions envahies. Il est facile de voir que la lésion est superficielle, épidermique, et qu'elle ne paraît pas dépasser la couche papillaire.

Structure des croûtes cornées. — Les coupes des productions cornées, examinées au microscope, sont identiques à celles que nous avions vues en 1890; elles ont la plus grande ressemblance avec celles d'une corne

eutanée.

L'examen bactériologique, fait par M. Sabouraud, a été négatif, comme celui que nous avions fait pendant la première maladie. Il n'a décelé dans ces productions cornées ni gonocoques, ni microbes pathogènes.

La récidive de ces lésions cutanées dont la pathogénie était restée douteuse, en 1890, permet d'en faire une manifestation directe de l'infection blennorrhagique, au même titre que la polyarthrite blennorrhagique qui, dans les deux atteintes, a été le symptôme caractéristique de l'état infectieux.

- Aux localisations cutanées déjà connues de l'infection blennorhagique, se manifestant sous forme d'éruptions rubéoliformes, d'érythèmes polymorphes, de vésicules, de bulles, etc., on pourra désormais ajouter l'éruption généralisée et symétrique de croûtes cornées, avec chute des ongles.

# Sur une forme particulière d'ædème névropathique (pseudo-éléphantiasis névropathique)

Par le Dr Albert Mathieu.

Médecin des hôpitaux.

Le pseudo-lipome était connu déjà avant les publications de MM. Potain et Verneuil (1), mais ce sont ces auteurs qui ont le plus puissamment attiré sur lui l'attention des médecins.

M. Potain a bien nettement indiqué qu'il s'agissait d'une modification particulière du tissu cellulaire sous-cutané, très voisine de l'œdème rhumatismal. Il a fait voir que le pseudo-lipome pouvait se

<sup>(1)</sup> CHAUFFARD. Des affections rhumatismales au tissu cellulaire sous-cutané Th. d'agrégation, Paris, p. 137; 1886.

montrer dans toutes les régions de la peau, et qu'il y avait une progression insensible du simple œdème au pseudo-lipome et au lipome vrai.

Il a été fait à la Société médicale des hôpitaux une série de communications ou de présentations de malades qui ont contribué à éclairer la question du pseudo-lipome et du lipome symétrique (1).

Une chose paraît bien établie, et admise par tout le monde, c'est que le lipome et le pseudo-lipome symétriques sont des manifestations d'origine rhumatismale de même nature que l'œdême. Tantôt on les voit venir progressivement chez les arthritiques avérés, tantôt rapidement au cours d'attaques de rhumatisme.

M. Potain a eu l'occasion de constater anatomiquement que l'œdème pseudo-lipomateux peut s'organiser et passer à l'état de véritable lipome, par la transformation adipeuse des cellules conjonctives de l'hypoderme. Il se trouve ansi bien démontré qu'il n'y a qu'une échelle ininterrompue de l'œdème congestif rhumatismal au lipome. Or l'œdème est lui-même très voisin des érythèmes et du purpura : ce sont en quelque sorte des équivalents séméiologiques. Rien d'étonant dès lors à ce qu'on voie le purpura se montrer en même temps que l'œdème chez des malades atteints de pseudo-lipomes symétriques; cette coexistence est signalée dans l'observation de A. Siredey.

Pour notre part, nous avons eu l'occasion d'observer deux fois des pseudo-lipomes symétriques chez des femmes certainement arthritiques, et atteintes toutes les deux de sciatique double (2).

La sciatique, chose assez curieuse, n'est pas rare chez les individus porteurs de lipomes symétriques.

Ce qu'il y avait de particulier dans nos deux faits, c'est que les lipomes ou pseudo-lipomes s'étaient développés exclusivement dans la moitié inférieure du tronc, chez des femmes qui souffraient d'une sciatique double. Il était naturel d'établir une relation entre la névralgie paraplégique et la localisation particulière de cette variété d'œdème, et d'y voir une preuve de sa nature névropathique. Névropathie et arthritisme sont loin d'être des termes inconciliables et ceux-là paraissent devoir être de plus en plus nombreux qui consi-

dè

co

ét

tr

co

tr

SC

de

fo

pa

de

pe

ét

de

te

re

a

M

le

ra

la

p

C

d

d

<sup>(1)</sup> DESNOS. De l'œdème rhumatismal. Soc. méd. des hôpit., 13 février 1891.

Bucquoy. Lipomes diffus multiples et symétriques. Id., 19 juin 1891.

DESNOS. Un nouveau fait de nombreux lipomes diffus, symétriques, d'origine arthritique. Id., 10 juillet 1891.

POTAIN. Note sur une variété de tumeur lipomateuse intermédiaire entre le pseudo-lipome et le lipome vrai. Id., 10 juillet 1891.

ANTONY. Lipomes multiples et symétriques, 18 mars 1892.

A. SIREDEY. Lipomes multiples et symétriques chez un malade atteint de rhumatisme articulaire subaigu avec purpura des membres inférieurs, 24 juin 1892.

<sup>(2)</sup> A. MATHIEU. Arch. génér. de médecine, 1885, vol. II, p. 607. — Gazette des hôpitaux, p. 721; 1890.

dèrent l'arthritisme comme une modalité particulière de la névropathie constitutionnelle.

La première de nos observations surtout, nous paraissait devoir établir une relation entre l'œdème rhumatismal, le purpura exanthématique rhumatoïde, la péliose de Schænlein et les lipomes symétriques. Cette vue de pathologie générale tend évidemment à se confirmer de plus en plus.

Cette année nous avons rencontré un nouveau cas d'œdème symétrique des membrès inférieurs chez une femme atteinte aussi de sciatique double et de rhumatisme. Ce que cette observation présente de remarquable, à notre sens, c'est, d'une part, qu'elle apporte cette fois un fait intermédiaire entre l'œdème mécanique et l'œdème névropathique ou neuro arthritique, et de l'autre qu'en vertu de la déformation œdémateuse des jambes, on pourrait proposer pour elle la dénomination de pseudo-éléphantiasis.

La nommée Y. A..., couturière, âgée de 58 ans, présente les antécédents personnels suivants :

Elle a eu la rougeole vers 2 ou 4 ans. Elle a été réglée à 16 ans, elle a été enceinte 4 fois ; trois accouchements ont été normaux, une grossesse s'est terminée par une fausse couche à deux mois ; ménopause à 52 ans. A 27 ans, adénite suppurée du cou ouverte au bistouri.

En 1879, vif chagrin causé par la mort de sa fille. Elle présente alors des accidents de dyspepsie caractérisés par de l'inappétence, de la pesanteur après les repas, de la flatulence, des éructations, des aigreurs, de la constipation. Soulagement sous l'influence du régime lacté suivi pendant 2 ou 3 mois. Depuis cette époque, le régime lacté a été ordonné à plusieurs reprises pour de nouvelles crises dyspeptiques.

En 1885, palpitations, essoufflements en montant les escaliers ; la malade avait des accès « d'étouffement » caractérisés par une boule remontant à la gorge et produisant une sensation de constriction et d'étranglement.

La malade entre à la Charité dans le service de Féréol et puis de M. Desnos; à cette époque elle avait de l'enflure à la cheville des pieds; les pieds se gonflaient le soir sous l'influence de la marche; ils désenflaient rapidement sous l'influence du décubitus, pour se gonfler de nouveau par la station debout. Elle sort de la Charité au bout de trois mois notablement améliorée.

A la même époque surviennent des coliques hépatiques caractérisées par des douleurs intenses suivies de jaunisse très marquée. Depuis, les coliques hépatiques se sont reproduites à deux reprises, l'une il y a 6 ou 7 mois, l'autre en mars 1892. Cette dernière aurait été soignée à Laënnec dans le service même où nous observons la malade.

Dans ce service aussi, se serait produite une inflammation de la face qualifiée d'érysipèle sans que cependant il soit certain qu'il s'agissait bien de cette maladie.

Toujours vers la même date, douleurs dans les genoux, les chevilles,

les talons, les poignets, sans fièvre; la malade continue du reste à se lever.

Il y a 6 à 8 mois se produisent pour la première fois des douleurs vives allant de la région lombaire des deux côtés aux pieds, en suivant en arrière de la cuisse et de la jambe la direction des sciatiques; cette douleur a du reste été qualifiée de sciatique dans plusieurs services d'hôpital et soignée en conséquence. De temps à autre survenaient des paroxysmes douloureux qui rendaient la marche absolument impossible.

Le 10 juin 1892, voici quel est l'état de la malade.

C'est une femme obèse, dont les téguments présentent une teinte pâle un peu jaunâtre; la face paraît légèrement bouffie, on y voit disséminées, d'assez nombreuses petites varicosités capillaires.

Sur le dos des mains, surtout à droite, on constate de petits placards d'eczéma sec.

Le pouls est régulier (68 pulsations par minute). A l'auscultation, on perçoit, au foyer aortique un souffle systolique qui se prolonge dans la direction de la crosse; pas de souffle à la pointe; pas d'hypertrophie notable du cœur; ni sucre, ni albumine dans les urines.

Le foie déborde les fausses côtes de deux travers de doigt; on provoque de la douleur par la pression au niveau de la vésicule biliaire qu'on ne perçoit du reste pas.

Quelques râles sous-crépitants à la base des poumons des deux côtés. Lorsqu'on examine les membres inférieurs, on est immédiatement frappé par la disposition particulière de l'œdème qu'ils présentent.

Les jambes sont, du genou à la cheville du pied, tuméfiées et déformées « en poteau ». Lorsqu'on examine la malade au repos, le matin au lit, on trouve que les jambes sont enflées, sans que les pieds le soient. Le gonflement des jambes s'arrête brusquement au niveau des chevilles, en formant un bourrelet semblable à celui de l'éléphantiasis. Quand la malade a marché pendant un certain temps, les pieds se tuméfient également, et l'encoche de la cheville tend à s'effacer. Cependant, même dans ces conditions, on trouve encore une différence notable entre l'ædème de la jambe et l'dϏme du pied. A la jambe, l'œdème est dur, résistant, on n'arrive pas à y produire un godet, même par une pression énergique. Sur le dos du pied, au contraire, on provoque facilement le godet œdémateux ; l'œdème y est mou et facilement dépressible. De plus, l'ædème de la jambe est douloureux à la pression, l'ædème du pied, quand il existe ne l'est nullement. Il n'y a pas de doute qu'il s'agit là de deux œdèmes différents, qui par la station debout, se surajoutent en quelque sorte l'un à l'autre. Le dessin que nous donnons donne très exactement l'aspect des membres inférieurs le matin, avant que la malade ait marché.

La malade accuse des douleurs assez vives le long des membres inférieurs, des deux côtés. Leur maximum correspond bien au trajet des sciatiques. Cependant par la pression, en outre de la douleur sur le trajet de ces nerfs à la cuisse, on constate de la douleur vers le grand trochantor; il semble y avoir du rhumatisme musculaire des muscles de la région postérieure de la cuisse.

On constate nettement le signe de Lasègue; des deux côtés. Si l'on soulève assez fortement les membres inférieurs par les talons, la malade acc

la e

dou

prè

au

reg

gai

tro

no

ou

lit

ma

de

Or

rie

qu

sa

lo

nie

qu

P

accuse une douleur vive au niveau de l'émergence du sciatique et dans la direction de ce nerf, le long de la cuisse en arrière. Il y a des points douloureux au niveau des points maxima classiques de la sciatique, à peu près au même degré des deux côtés. On constate de plus de la douleur au niveau des attaches musculaires et des tendons, aux genoux.

Par la pression, douleurs le long des apophyses épineuses de la région lombaire, et, en dehors, au niveau de la ligne des trous de conjugaison.



Aucune douleur, spontanée ou à la pression aux membres supérieurs. Pas de troubles de la sensibilité, ni aux membres inférieurs, ni de troubles de la motilité, attribuables à autre chose qu'aux douleurs dont nous avons indiqué la répartition. Rien d'anormal du côté de la vessie. Rien ne permet non plus de penser à l'existence d'une lésion de l'utérus ou des organes du petit bassin.

En résumé, il s'agit d'une femme arthritique et obèse, sujette à la lithiase biliaire et à l'eczéma, atteinte d'artériosclérose avec asystolie à marche très lente. Cette malade présente de la sciatique double et des douleurs rhumatismales ou rhumatoïdes des membres inférieurs. On constate chez elle un œdème dur, symétrique des membres inférieurs, semblable à l'œdème de certains éléphantiasis nostras en ce qu'il se termine brusquement par un bourrelet au niveau des chevilles sans que les pieds y participent.

Il n'y a pas si loin que l'on pourrait penser au premier abord entre l'œdème actif, congestif angéioneurotique et l'œdème d'origine mécanique. Dans des expériences restées célèbres, Ranvier a démontré qu'il ne suffisait pas de pratiquer la ligature de la veine principale d'un membre pour obtenir de l'œdème de ce membre, mais qu'il fallait encore produire un trouble grave d'innervation, sectionner le sciatique par exemple.

Est-ce que dans l'observation que nous avons rapportée plus haut il n'y a pas quelque chose d'analogue? Une femme artério-scléreuse, au myocarde affaibli, a de l'œdème des membres inférieurs, mais cet œdème ne se repartit pas à la façon banale de l'œdème cardiaque. Il se limite au cou-de-pied par un bourrelet presque à pic, et, d'autre part, il prend une dureté toute particulière. Or les œdèmes névropatiques, cela est de notion classique. offrent souvent au doigt exploteur une dureté très grande: on ne peut pas plus y imprimer de godet que dans l'œdème pseudo-lipomateux.

D'autre part, la disposition en pseudo-éléphantiasis n'est pas inconnue dans les œdèmes rhumatismaux : une observation de M. Desnos en fait foi (1).

Chez sa malade, il décrit un œdème dur réparti de la façon suivante : « Les deux jambes sont enflées dans leur totalité, mais le gonflement est plus marqué en trois points déterminés :

1° Le cou-de-pied. Au niveau de l'interligne tibio-tarsienne, on voit une tuméfaction très accentuée formant bourrelet et n'ayant pas plus de 3 centim. de hauteur.

2° Il est séparé par un sillon circulaire d'un second bourrelet, un peu plus haut que le premier qui se termine à 11 centim. de la malléole interne.

3° Enfin, les deux genoux sont très augmentés de volume, et cette augmentation est surtout due à l'épaississement des tissus périarticulaires. » Ailleurs il dit que plusieurs des médecins qui ont vu la malade dans son service l'ont considérée comme atteinte d'éléphantiasis.

N'y aurait-il pas lieu d'admettre l'existence d'un pseudo-éléphantiasis rhumatismal ou neuro-arthritique ?

(1) Soc. médicale des hôpitaux, 13 février 1891.

80

### SOCIÉTÉ FRANÇAISE DE DERMATOLOGIE ET DE SYPHILIGRAPHIE

#### SÉANCE DU 12 JANVIER 1893

PRÉSIDENCE DE M. ERNEST BESNIER.

SOMMAIRE: Correspondance imprimée. — Présentation d'ouvrage par M. le professeur A. FOURNIER. — Syphilis viscérale précoce, hypersplénie syphilitique secondaire, par M. Ernest Besnier. - Sur les rapports qui existent entre la dermatite herpétiforme et le pemphigus foliacé, par M. HALLOPEAU. (Discussion: MM. Brocq et VIDAL.) — Éruption généralisée et symétrique de croûtes cornées avec chute des ongles, d'origine blennorrhagique coïncidant avec une polyarthrite de même nature. — Récidive à la suite d'une nouvelle blennorrhagie deux ans après la guérison de la première maladie, par M. E. VIDAL. (Discussion: M. E. BES-NIER.) — Sur une forme spéciale de mélanodermie localisée ressemblant à la lèpre maculeuse, par M. E. GAUCHER. (Discussion : MM. A. FOURNIER, DU CAS-TEL, GAUCHER, VIDAL, E. BESNIER.) - Herpès vacciniforme du jeune âge, gangrène vulvaire et péri-vulvaire ; mort subite, par M. A. FOURNIER. - Pelade décalvante et vitiligo, guérison de la pelade, par M. FEULARD. — Lichen plan de la cavité buccale, par M. FEULARD. — Nourrice contagionnée par un nourrisson syphilitique et contagionnant son propre enfant, par M. FEULARD. - Sur un cas de maladie de Paget de la région périnéo-anale et scrotale, par MM. DARIER et COUILLAUD. (Discussion: MM. A. FOURNIER et VIDAL.) - Lichen plan intense, guérison rapide par l'hydrothérapie tiède, par M. PAGE. (Discussion: MM. E. BES-NIER, L. JACQUET, BARTHÉLEMY, HALLOPEAU.) - Clous de Biskra, par M. MOTY. — Sur un cas de morphæa alba plana, par M. HALLOPEAU. — Syphilis familiale, par M. HUDELO. -- Lésions syphilitiques de la bouche et de la langue. Glossite probablement antipyrinée simulant les plaques muqueuses agminées, par M. Morel-Lavallée. (Discussion: MM. A. Fournier, Feulard, Barthé-LEMY, E. BESNIER.)

La correspondance imprimée comprend les ouvrages suivants :

- 1º Lectiuni de clinica Dermatologica. Bucarest, 1891, par M. le professeur Petrini (de Galatz).
- 2º Lectiuni clinice asupra Bolelor de pele. Bucarest, 1892, par le même.
  - 3º Notes on venereal diseases, Londres, 1889, par le Dr H. de Méric.
- 4º Manifestations syphilitiques récidivant in situ. Paris, 1892, par le Dr A. Delansorne.
- 5º De l'eczéma, son traitement par les eaux minérales et les moyens thérapeutiques ordinaires, 2º édition, Paris, 1890, par le Dº Puy-Le-Blanc (de Royat).

ANN. DE DERMAT. - 3º sie. T. IV.

il

ıt

et e.

S

e

e

n

S

n

M. le professeur Alfred Fournier fait hommage à la Société de son livre sur le *Traitement de la syphilis* (Paris, 1893).

M. le Président, au nom de la Société, remercie M. le professeur Fournier.

#### Syphilis viscérale précoce. Hypersplénie syphilitique secondaire

M. Ernest Besnier. - Dans la séance du 8 décembre 1892. (Voy. Bulletin, p. 530, et Ann. de dermat., 1892, p. 1228), mon savant collègue et ami M. Quinquaud, en son nom et au nom de M. Nicolle, a communiqué à la Société une série de recherches très intéressantes sur l'hypertrophie splénique de la période secondaire de la syphilis. Je n'ai aucune objection à faire au travail remarquable des auteurs que je viens de citer; je demande seulement la permission de rappeler que depuis vingt ans, je ne cesse de démontrer dans mes cliniques que l'hypersplénie (je ne me sers pas du mot hypertrophie) secondaire de la syphilis est au nombre des accidents les plus constants de ce que j'appelle la syphilis viscérale précoce. Assurément, si je n'avais rien écrit à ce sujet je pourrais n'être pas fondé à m'étonner de ne pas avoir été cité; mais je suis obligé de rappeler, aussi, qu'en 1874 j'ai écrit l'article RATE du Dictionnaire encyclopédique des sciences médicales, dans lequel (Chap. XIX, Syphilis de la rate) on trouvera la question de la rate syphilitique secondaire étudiée dans son ensemble.

Je ne lirai pas le chapitre entier mais seulement deux courts extraits: « Il existe, ai-je dit, une syphilis viscérale précoce, dont les manifestations sont superficielles et éphémères, et au nombre desquelles, les déterminations spléniques occupent un rang de premier ordre, et sont des moins difficiles à constater, soit pendant la vie, soit à l'autopsie » (p. 561). Puis, après avoir considéré l'hypersplénie comme faisant partie de la fièvre syphilitique j'ai ajouté : « L'hypersplénie précoce des syphilitiques s'accompagne parfois de splénodynie assez intense, et c'est là une des formes de la pleurodynie syphilitique dont la nature syphilitique et l'origine splénique ou périsplénique sont le plus universellement méconnues (p. 562), etc. »

#### Sur les rapports qui existent entre la dermatite herpétiforme et le pemphigus foliacé.

#### Par M. HALLOPEAU.

Nous n'avons pas voulu répondre sans un examen approfondi aux observations importantes et complexes qu'a présentées sur cette question notre collègue M. Brocq dans la dernière séance : nous demandons la permission de le faire aujourd'hui.

M. Brocq admet que deux des faits considérés par nous comme des cas

de I

abou

des se

pso

lois

moi

ces

n'ei

ma

cas

foli

de

et I

que

ligi

rac

car

par

épi

qu'

COL

ora

lies

se

ou

de pro dif car

tio

po

les

Ce

m

1

I

N le di celu proj d'ui L de pemphigus foliacé sont des formes graves de dermatite herpétiforme aboutissant à l'herpétide exfoliatrice.

Nous nous rallions, sur un point, à sa manière de voir : nous acceptons le diagnostic de dermatite herpétiforme, mais nous maintenons également celui de pemphigus foliacé (nous essaierons de montrer que ces deux propositions ne sont pas incompatibles); nous repoussons enfin l'hypothèse

d'une herpétide maligne exfoliatrice.

L'existence de la dermatose que Bazin a décrite sous ce nom nous paraît des plus problématiques : cette conception d'un nouvel état morbide, venant se substituer à plusieurs espèces nettement définies et différenciées, le psoriasis, l'eczéma et le pemphigus, est en désaccord avec une des grandes lois de la pathologie, nous voulons dire la permanence des espèces morbides; que les formes exfoliantes sous lesquelles se présentent parfois ces maladies puissent être difficiles à distinguer au lit du malade, nous n'en disconvenons pas, mais, à coup sûr, ce n'en est pas moins la même maladie qui évolue sous une forme nouvelle : il s'agit toujours, suivant les cas, d'un pemphigus, d'un eczéma ou d'un psoriasis.

D'ailleurs, objectivement, ces exfoliations se distinguent du pemphigus foliacé par un caractère essentiel: nous voulons parler de la sécheresse de la peau qui est remarquable, d'après Bazin, extrême, d'après MM. Vidal et Leloir, dans ces éruptions; nous ne pouvons donc admettre avec M. Brocq que dans les deux observations discutées il se soit agi d'herpétides ma-

lignes exfoliatrices consécutives à une dermatite herpétiforme.

Je maintiens que, dans les deux cas, la maladie a présenté tous les caractères d'un pemphigus foliacé, c'est-à-dire d'une dermatose chronique caractérisée, comme l'ont indiqué Cazenave, Hardy, Besnier et Kaposi, par la production incessante de bulles rudimentaires ou de soulèvements épidermiques avec suintement aboutissant à une exfoliation généralisée qu'accompagnent le plus souvent de l'ectropion et de l'alopécie; nous ne considérons pas en effet, avec M. Brocq, comme seul pemphigus foliacé vrai celui qui s'accompagne de papillomatose; la production de ces saillies végétantes n'est, à nos yeux, qu'un phénomène secondaire qui peut se produire dans le cours de cette maladie comme dans celui d'un eczéma ou d'une dermite variqueuse.

Nous ne saurions accepter, d'autre part, que le début par les symptômes de la dermatite herpétiforme non plus que le prurit et la gravité du pronostic doivent faire rejeter ce diagnostic de pemphigus foliacé. Ces différences symptomatiques n'ont rien d'essentiel et ne peuvent suffire à

caractériser une espèce.

C'est ainsi que le prurit varie du tout au tout suivant le mode de réaction des sujets. Il se rencontre dans le pemphigus foliacé; nous en avons pour témoin l'observation de pemphigus papillomateux de M. Quinquaud : les démangeaisons y étaient violentes et la malade réclamait du soulagement avec instance. On peut voir chez un même malade se produire successivement des périodes de prurit intense et des périodes d'accalmie. Ce symptôme n'a donc rien de pathognomonique : ne sait-on pas qu'il peut manquer dans la gale et dans la phthiriase?

Les troubles de la santé générale ne sont pas plus caractéristiques :

dire, avec M. Brocq, que la gravité plus grande du pronostic différencie cette variété de dermatite herpétiforme du pemphigus foliacé, c'est émettre une proposition d'une valeur plus que contestable.

Il faut des éléments plus caractéristiques pour constituer des espèces morbides, autrement on arrive à les multiplier outre mesure et à en méconnaître les liens de parenté; que l'on applique cette méthode aux différentes manifestations de la tuberculose ou aux différentes formes de lichen planus ou de tricophytie, on arrivera nécessairement à en faire, au détriment de la vérité, des maladies différentes.

L'existence de formes de passage entre les diverses variétés d'éruptions bulleuses dont nous discutons la nature a, suivant nous, une tout autre importance : elle montre, d'après la loi déjà invoquée de la permanence des espèces, qu'il s'agit d'une seule et même maladie dont les symptômes varient suivant le mode de réaction des sujets et aussi suivant l'intensité de la cause prochaine encore inconnue qui la produit : on s'explique ainsi comment elle peut revêtir au début les caractères de la dermatite herpétiforme, ou prendre de suite ceux du pemphigus foliacé, s'accompagner ou non de sensations pénibles, et rester un certain temps compatible avec l'intégrité de la nutrition ou aboutir plus ou moins vite à la cachexie et à la mort.

Ces faits nous conduisent à considérer, d'accord avec Kaposi, la dermatite herpétiforme de Duhring et Brocq, non comme une espèce morbide distincte, mais comme une variété d'ailleurs très intéressante et nettement particularisée de pemphigus chronique,

Nous devons en dernier lieu répondre aux reproches d'inexactitude que nous a adressés M. Brocq. Nous lui aurions attribué à tort un diagnostic différentiel entre la dermatite herpétiforme et le pemphigus foliacé: n'étions-nous donc pas en droit, en énumérant les caractères qui, d'après lui, différencient la dermatite herpétiforme des pemphigus chroniques, de les appliquer au pemphigus foliacé?

C'est à juste titre également que nous avons pu également considérer comme trop bénin le pronostic porté par M. Brocq à l'égard de sa dermatite herpétiforme quand il place le bon état général comme le plus important de ses quatre grands caractères majeurs; cette proposition est difficilement applicable à une maladie qui, d'après la statistique de notre collègue, entraîne la mort dans environ un sixième des cas.

Pour ce qui est enfin des lacunes que nous reproche M. Brocq, nous répondons que nous n'avons nullement eu l'intention de faire l'histoire complète de la question : pour cette présentation, comme, d'une manière générale, pour toutes celles que nous avons eu l'honneur de faire à cette Société, nous nous sommes attaché exclusivement à mettre en relief les faits d'observation rares ou nouveaux et à les interpréter.

M. L. Broco. — Je n'ai que peu de chose à répondre à M. Hallopeau. J'avais pris la parole à la dernière séance pour soutenir que les deux malades à propos desquels M. Hallopeau m'avait accusé d'avoir fait des erreurs de diagnostic étaient réellement atteints de dermatite herpétiforme. M. Hallopeau passe condamnation sur ce point. J'ai donc obtenu ce que je voulais.

M

sive

de l'

la co

le su

siter

herr

qual

on

M

Jam

prét

capi

mat

forn

c'es

don

gist

E

tion

M. 1

mol

les

par

pas

dor

tou

1

séa

dét

ph

chi

Q

J'i

M. Hallopeau soutient aujourd'hui que ces deux malades ont eu successivement de la dermatite herpétiforme, puis du pemphigus foliacé et non de l'herpétide maligne exfoliative. Cela revient à discuter le bien fondé de la conception de l'herpétide maligne exfoliative. Je ne puis vraiment pas le suivre aujourd'hui sur ce terrain, cela m'entraînerait trop loin et nécessiterait de longs mémoires détaillés et documentés.

J'ignore où M. Hallopeau a pu voir que je considère la conservation du bon état général comme le *plus important* des caractères de la dermatite herpétiforme. Dans mes travaux sur cette affection, j'en ai toujours fait le quatrième de mes quatre grands caractères majeurs. Singulière manière, on en conviendra de le considérer comme étant le caractère le plus

important!

M. Hallopeau soutient que le prurit ne peut suffire à établir un groupe. Jamais je n'ai établi un groupe en me fondant sur le prurit seul. Mais je prétends que le prurit est un phénomène des plus importants, souvent capital dans une dermatose. Dire comme M. Hallopeau qu'il ne signifie rien, car il peut manquer dans la gale, c'est s'appuyer sur des cas anormaux pour en tirer des conclusions générales ce qui n'est pas logique.

Quant à l'opinion qu'il soutient en ce moment que la dermatite herpétiforme n'est qu'une variété de pemphigus, c'est revenir de 4 ans en arrière, c'est reprendre les discussions du congrès de 1889; je me contenterai donc de l'y renvoyer, et de faire remarquer que la plupart des dermatologistes admettent aujourd'hui que la dermatite herpétiforme est réellement

une entité morbide spéciale.

En somme, tout se réduit dans cette deuxième discussion à une conceptionautre de la dermatite herpétiforme et du pemphigus foliacé que propose M. Hallopeau. Pour ma part, je répéterai toujours qu'il faut établir des types morbides purs, dermatite herpétiforme vraie, pemphigus foliacé vrai, entre lesquels il existe toute une série de faits de passage qui induisent en erreur parce qu'on veut les faire rentrer violemment dans des cadres qui ne sont pas faits pour eux. Il faut les laisser à leur vraie place entre les types purs dont ils présentent certains des caractères. En agissant ainsi on évite toute discussion, toute difficulté.

M. E. Vidal. — Je prendrai la parole sur ce sujet dans la prochaine séance : je demanderai alors à M. Hallopeau de nous donner quelques détails anatomo-pathologiques sur ses malades. Nous pourrions juger si, comme dans l'observation du professeur Petrini (de Bucharest) (pemphigus foliacé) on ne trouverait pas les lésions de la dermatite maligne chronique exfoliante (herpétide exfoliatrice de Bazin).

M. Hallopeau. — J'avoue que dans les cas de ce genre j'ai quelque répugnance à pratiquer la biopsie.

Éruption généralisée et symét: ique de croûtes cornées, avec chute des ongles, d'origine blennorrhagique coïncidant avec une polyarthrite de même nature. — Récidive à la suite d'une nouvelle blennorrhagie, deux ans après la guérison de la première maladie.

Par M. EMILE VIDAL.

Voir page 3.

#### Discussion:

M. E. Besnier. — Je dois ajouter que ce malade n'avait conservé aucune trace profonde de sa première atteinte. Les éléments qu'on voit sous le moulage avaient complètement disparu.

J'ai à peine besoin de faire remarquer qu'au premier aspect il serait bien difficile de distinguer les lésions palmaires de cet homme d'une

syphilide cornée palmaire.

J'ai vu quelques lésions analogues se produire sous l'influence de l'iodure de potassium, et sans doute il s'agit bien ici d'une toxidermie, mais d'une auto-toxidermie; c'est le malade lui-même qui a fabriqué les poisons, qui ont agi sur son système nerveux central constitutionnellement prédisposé. On aurait pu pour la première atteinte conserver quelques doutes, mais la récidive actuelle les lève formellement.

## Sur une forme spéciale de mélanodermie localisée ressemblant à la lèpre maculeuse,

#### Par M. E. GAUCHER.

La malade que je présente à la Société est une femme de 24 ans, soignée à la consultation de M. le professeur Fournier, qui a bien voulu me la confier.

Cette femme, qui habite Paris, est née à l'Isle-Adam (Seine-et-Oise); ses parents et grands-parents des deux côtés sont de l'Isle-Adam ou de Jouyen-Josas.

Elle est mariée depuis 5 ans; elle a une petité fille de 4 ans et n'a pas eu d'autre enfant ni de fausse couche. A la suite de sa couche, elle a été atteinte de métrite et de périmétrite, affections pour lesquelles elle a été soignée à la consultation de l'hôpital Saint-Louis. Elle a toujours eu des pertes blanches, qui sont plus abondantes depuis son mariage. En dehors de ces accidents utérins, elle n'a jamais eu d'autre maladie que la rougeole dans son enfance et, il y a quelques années, une ulcération du pied, due au frottement d'une chaussure trop étroite, ulcération qui a guéri facilement, n'a pas eu de conséquence et n'a laissé aucune trace.

Elle est sujette aux épistaxis et en était surtout atteinte dans son enfance.

XUM

C'e l'ané

Elle

elle

pnéi

mais

jama

La

tous

fami

de l

Il

E

L

déb

cuis

la p

la c la c mai

gén

I

(

tion

l'as

à p

en

cie

ne

pli

et

ui

OI

pi

de rati

C'

Dend

C'est une femme d'une constitution débile, soignée habituellement pour l'anémie, très nerveuse, très irritable, sujette à se trouver mal facilement. Elle n'a jamais eu d'attaques hystériques, mais de fréquents maux de tête; elle présente le phénomène de la boule hystérique, avec angoisse dyspnéique précordiale.

Depuis son enfance, elle a des crampes douloureuses dans les jambes pendant la nuit; ces crampes avaient diminué de fréquence et d'intensité,

mais ont recommencé il y a un mois environ.

C'est tout ce que j'ai relevé comme antécédents pathologiques. Les poumons sont sains; la malade ne tousse pas. Le cœur est sain, il n'y a jamais eu de rhumatisme articulaire ou autre. Les urines sont normales. La sensibilité générale est intacte; il n'y a pas de troubles sensoriels; tous les réflexes sont conservés, y compris le réflexe pharyngien.

Il n'y a aucun antécédent héréditaire, aucune maladie cutanée dans sa famille. Sa grand'mère avait également, comme elle, la boule hystérique.

Elle-même n'a jamais eu d'autre maladie de peau que celle qui fait l'objet de l'observation actuelle ; aucun antécédent spécifique.

L'affection cutanée, pour laquelle je vous présente cette malade, a débuté il y a trois ans environ, à la partie interne et supérieure de la cuisse gauche. Actuellement l'éruption occupe toute la cuisse, surtout à la partie interne, jusqu'à l'aine, et une partie de la jambe. Elle a envahi la cuisse droite depuis quelques mois.

L'éruption a commencé par une seule tache isolée à la face interne de la cuisse gauche, tache qui s'est agrandie peu à peu, irrégulièrement,

mais en conservant toujours des bords arrondis.

D'autres taches ont apparu et sont devenues confluentes ; mais l'aspect

général de l'éruption reste polycyclique et circiné.

Les taches ont une couleur café au lait plus ou moins foncée; autour de quelques-unes d'entre elles, il semble y avoir un peu de décoloration.

Ces taches ne présentent aucune saillie, aucun rebord, aucune induration, aucun épaississement de la peau; sur les plus anciennes, le centre a

l'aspect d'une très légère macule cicatricielle ou atrophique.

La malade dit que ces taches, au début, étaient pâles ou un peu rosées, à peine pigmentées et présentaient une sorte de desquamation furfuracée, encore visible d'ailleurs sur la cuisse droite où l'éruption est moins ancienne. La pigmentation apparaît peu à peu; les taches les plus anciennes sont les plus foncées.

Actuellement on trouve de larges taches et d'autres plus petites sur toute la face antéro-interne de la cuisse gauche, depuis le genou jusqu'au pli de l'aine; quelques taches sur la jambe gauche, sur les faces interne

et externe.

Il y a, à la partie interne de la cuisse droite, deux taches à peine visibles, qui ont pâli spontanément, et sur la face externe, au-dessus du genou, une petite tache un peu rouge, à peine pigmentée, qui présente, quand on la gratte, une légère desquamation pityriasique. Cette tache, est, d'après la malade, la forme habituelle du début de l'éruption.

Sur toutes ces taches, récentes ou anciennes, la sensibilité tactilc est conservée ; la sensibilité à la douleur est également intacte.

L'affection ne provoque ni douleur ni prurit.

Il n'y a aucune éruption, aucune lésion cutanée d'aucune sorte sur aucun autre point du corps.

Telle est l'affection que je soumets au diagnostic de mes collègues et qui présente un peu l'apparence d'une morphée. D'autre part, ces taches pigmentées, par leur aspect actuel, par leur début légèrement érythémateux et pityriasique, ressemblent aux taches de la lèpre maculeuse. M. Zambaco, à qui j'ai montré la malade, n'a pas osé porter de diagnostic ferme ni corroborer absolument mon opinion, mais il m'a dit qu'à Constantinople il n'hésiterait pas à considérer cette affection comme un cas de lèpre au début. En tout cas, dans cette hypothèse, l'évolution de la maladie nous éclairera sur le diagnostic. Je sais bien toutes les objections qu'on peut me faire, dont la principale est que cette femme, qui habite Paris, est originaire de l'Ile-de-France et ne connaît aucune affection cutanée chez ses ascendants, à deux générations. Aussi n'est-ce pas un diagnostic que je formule, mais simplement une opinion un peu hypothétique que j'exprime.

A. Fournier. — Je demande qu'on ajoute à l'hypothèse formulée par M. Gaucher celle d'érythème tertiaire.

M. DU CASTEL. — Y a-t-il ici des troubles sensitifs? En ce cas on pourrait songer à ces troubles trophiques plus ou moins analogues à ceux dont je vous présente un spécimen en la personne de cet enfant atteint de nævus pigmentaire corné zoniforme, de la région cervico-thoracique droite.

M. GAUCHER. — Que le système nerveux soit en cause, cela ne fait pas question: il s'agit de savoir de quelle origine est l'influence qu'il a subie.

M. VIDAL. — Il y a là un commencement d'atrophie cutanée d'origine trophique. J'ai vu une femme chez qui l'atrophie cutanée devint plus tard très nette, et chez qui les lésions se présentaient au début sous cette forme.

M. GAUCHER. — J'ai précisement mentionné cette atrophie cutanée dans mon observation.

M. E. Besner. — Je me rattacherais assez volontiers à l'hypothèse d'érythème tertiaire que M. Fournier a émise. Nous connaissons maintenant toute une série d'érythèmes trophiques atrophiques. D'autre part, il est fort légitime qu'on cherche, après M. Zambaco, à dépister les cas méconnus de lèpre. Pourtant il ne faut pas exagérer cette réaction. Ici les recherches minutieuses des troubles de sensibilité; la biopsie, etc., sont nécessaires.

M. Gaucher. — La sensibilité a été explorée de la façon la plus complète sans aucun résultat.

D'a

M. nous tage

Her

Le

mois

fait

petit disse cuise men plaie cator phys

omb
tée,
si si
posi
d'us
mat
étai

pust

peu

sur spéc N type rens

gno

arge

zair sur trai ser D'autre part, j'ai administré l'iodure de potassium depuis un mois sans que le moindre changement se manifeste.

M. E. Besnier. — Les malades atteints d'érythème tertiaire évident que nous avons soignés, M. Fournier et moi, n'ont pas retiré non plus d'avantages de la médication spécifique.

#### Herpès vacciniforme du jeune âge. Gangrène vulvaire et péri-vulvaire. Mort subite.

Par le professeur A. FOURNIER.

Le samedi 5 novembre, entrait dans nos salles une petite fille de seize mois, pour y être traitée d'une éruption génitale et périgénitale, tout à fait identique d'aspect à la curieuse affection décrite ces derniers temps sous le nom d'herpès vacciniforme du jeune âge.

Cette éruption, en effet, était constituée par une vingtaine environ de petites lésions bien circonscrites, régulièrement arrondies pour la plupart, disséminées sur les grandes lèvres, le périnée, la face supéro-interne des cuisses et le pli inguinal gauche. De ces lésions, la plupart étaient simplement des excoriations et n'offraient d'autres caractères que ceux de petites plaies superficielles, effleurant plutôt qu'entamant le derme, sortes de vésicatoires en miniature. Mais d'autres, au nombre de 4 ou 5, offraient une physionomie bien autrement distinctive. Elles consistaient en des papulopustules très régulièrement circulaires de contour, d'un diamètre quelque peu inférieur à celui d'une pièce de 20 centimes, formant de petits plateaux ombiliqués à leur centre, et tout à fait remarquables par une teinte argentée, d'un gris cendré, teinte rappelant absolument celle qui caractérise si spécialement la pustule vaccinale à son 6° ou 7° jour. On eût dit très positivement des boutons de vaccine en pleine floraison, reposant comme d'usage, sur une base épaissie, rénitente, et cerclée d'une aréole érythémateuse. Quelques autres lésions, devenues excoriatives à leur centre, étaient encore encadrées à leur périphérie par une semblable collerette argentée, vestige de leur revêtement épithélial détaché.

Une seule autre lésion (probablement de même ordre) se rencontrait sur le front, mais celle-ci déjà encroûtée, jaunâtre, et n'offrant rien de spécial.

Nous n'hésitâmes pas, je le répète, à reconnaître dans cette éruption un type d'herpès vacciniforme du jeune âge; d'autant que, d'autre part, les renseignements fournis par la mère de l'enfant légitimaient bien le diagnostic. On nous racontait ceci, en effet: que l'enfant, de très bonne santé habituelle, n'était devenue « quelque peu malade » que depuis une douzaine de jours; qu'elle avait commencé alors à présenter « des rougeurs » sur le siège des lésions actuelles; que ces rougeurs s'étaient peu à peu transformées en autant de « boutons blancs », analogues à ceux qui conservaient encore l'aspect vaccinal; puis que ces boutons s'étaient ouverts,

« avaient crevé » pour la plupart ces derniers jours, et s'étaient alors transformés en autant de « petites plaies vives » ; finalement, que l'enfant avait toujours un peu de fièvre depuis le début de ces accidents, qu'elle ne mangeait que peu ou pas, se contentant de boire du lait ; qu'elle était agitée la nuit, etc., sans toutefois présenter rien de plus sérieux.

Actuellement, cette petite fille, assez belle d'allure, assez grasse, présentait un peu de fièvre, mais elle n'était pas abattue. Toutes ses fonctions étaient en bon état. L'examen viscéral ne révélait rien de morbide. Selles régulières; jamais de vomissements ni de diarrhée.

Je confesse que, lors de ce premier examen, notre pronostic sur l'évolution future de cet état morbide fut des plus favorables. J'avais toujours vu guérir l'herpès vacciniforme; l'enfant n'offrait pas le moindre symptôme alarmant ou suspect. Je crus que tout allait marcher comme d'usage.

Traitement: Lotions boriquées ; comme pansement, poudre d'iodoforme.

Lait.

Mais, dès le lendemain, les choses avaient bien changé de face. Si l'état général ne s'était pas aggravé, en revanche l'état local s'était modifié du tout au tout. La vulve, déjà quelque peu turgescente la veille, était devenue fortement œdémateuse, rénitente. Et surtout, la plupart des lésions avaient pris une teinte d'un brun foncé, livide, violette, de mauvais aspect. Elles tournaient manifestement au sphacèle.

Le 7 (lundi), la gangrène est devenue évidente sur presque tous les points, tant sur les lésions vaccinoïdes (qui se sont dépouillées de leur revêtement épithélial) que sur les lésions qui se sont présentées à nous originairement sous forme excoriative. D'une part, ces érosions se sont à la fois creusées, excavées, en même temps qu'élargies comme surface; et, d'autre part, elles offrent une teinte foncée, vineuse, presque noirâtre çà et là. Elles ressemblent à des îlots de sphacèle. Elles suintent à peine, semblent comme asséchées et parcheminées. Les grandes lèvres sont fortement indurées, turgides, et une bande d'induration phlegmoneuse se prolonge jusque vers la région inguinale gauche.

L'état général néanmoins reste satisfaisant, au moins d'une facon relative. Température à 38°,4 le matin, et à 38° le soir. Langue un peu grisâtre, mais pas de vomissements, pas de diarrhée. Pas de symptômes nerveux, pas de phénomènes d'adynamie. L'enfant se nourrit de lait qu'elle prend sans dégoût.

On continue le même traitement local. Sulfate de quinine, 15 centigr. Le 8, au matin, la gangrène a fait de notables progrès. Les grandes lèvres sont absolument sphacéliques et noires dans toute leur hauteur, turgides, noires, avec état phlegmoneux de base. De plus, une traînée gangréneuse noire s'est étendue au sommet de la vulve et a même envahi tout le pli inguinal gauche. La plupart des ulcérations de la cuisse gauche offrent ce même état sphacélique en voie d'extension serpigineuse. En revanche, plusieurs des lésions du périnée [et de la cuisse droite paraissent tendre à un processus résolutif.

La nuit a été un peu agitée. L'enfant paraît abattue. Un vomissement ce matin. Diarrhée légère depuis hier soir. Toutefois rien encore de véritablement sérieux. Température à 37°,6.

La je marque verre det meu Bien émérit mort s sion si les org quelque

inaper surface noires nimes autres Si l

M. Da bien imput mais autre par d dans Au

Le men de la ronde vulve Dans grén dépa

pério No trau O men

et d

Il

droi

fond

(1) résu La journée se passe sans incident. A six heures du soir, le thermomètre marque 38°,4. Vers sept heures, l'enfant demande à boire et avale tout un verre de lait. Puis, presque au même instant, elle pousse un cri, s'affaisse

et meurt en l'espace de cinq minutes.

Bien que pratiquée avec un soin minutieux et par un anatomo-pathologiste émérite, M. le Dr Darier, l'autopsie ne nous a pas révélé le secret de cette mort sinon absolument inattendue, au moins très singulière par son invasion subite, sans le moindre symptôme précurseur grave, important. Tous les organes ont été trouvés dans un état d'intégrité absolue, à cela près de quelques lésions minimes du poumon qui, vraiment, auraient pu passer inaperçues en toute autre occurrence. Ces lésions consistaient en ceci : A la surface des deux poumons et notamment vers la base, quelques petites taches noires ecchymotiques, correspondant à des foyers hémorrhagiques minimes; la plus grande mesurait l'étendue d'une pièce de 20 centimes, les autres ne dépassaient pas les proportions d'une lentille.

Si bien que, comme conclusion de son autopsie sur la cause de la mort, M. Darier n'a pu qu'aboutir à telle ou telle des hypothèses suivantes : ou bien la mort a été le résultat d'une syncope réflexe, vraisemblablement imputable à des embolies multiples et microscopiques restées inaperçues mais dont l'existence serait rendue admissible par le fait même de quelques autres infarctus pulmonaires (1); ou bien elle serait due à une intoxication par des ptomaïnes issues des foyers gangréneux et ayant fait irruption

dans le torrent circulatoire.

Au surplus, je ne saurais mieux faire que de placer ici le compte rendu complet de cette autopsie, rédigé par M. Darier.

« Autopsie, faite le 10 novembre 1892, 30 heures après la mort.

Le cadavre est celui d'une enfant bien conformée, non amaigrie. A l'examen extérieur du sujet, on note: 1° Au niveau du front, une croûtelle de la grandeur d'une pièce de 50 cent., croûtelle recouvrant une érosion ronde, très superficielle; 2° une vaste lésion gangréneuse occupant la vulve, la région inguinale gauche et la face antérieure des deux cuisses. Dans le pli inguinal gauche existe une fissure, orifice d'une caverne gangréneuse; des incisions faites en ce point montrent que la lésion ne dépasse pas le tissu cellulo-adipeux sous-cutané. Il n'y a ni œdème, ni fusées purulentes, ni décollement des téguments dans le voisinage. Le fond de la caverne répond à la branche montante du pubis; l'os et le périoste ont leur aspect normal.

Nulle part on ne trouve d'ecchymose, non plus que vestige d'un

traumatisme quelconque.

Ouverture du corps. — Cavité thoracique. L'attention étant particulièrement dirigée vers la présence possible d'un embolus, l'examen du cœur et des vaisseaux du médiastin et du poumon a été fait avec grand soin.

Il n'y a pas de liquide dans le péricarde. L'oreillette droite, le ventricule droit et l'artère pulmonaire sont ouverts en place. On trouve dans le cœur

<sup>(1)</sup> Cette hypothèse même a dû être abandonnée ultérieurement, d'après les résultat« de l'examen histologique. Voici, à ce sujet, une note complémentaire qui m'a été remise par M. Darier.

droit du sang liquide et un caillot exclusivement fibrineux, certainement formé sur place, car sa forme reproduit celle des cavités qui le renferment; il a donc une partie auriculaire avec prolongement dans l'auricule, une partie ventriculaire, et un prolongement filiforme dans l'artère pulmonaire, prolongement qui s'étend jusqu'à la bifurcation de cette artère et se termine en s'effilant. Ce caillot est fibrineux et ferme; il n'est pas ramolli à son centre; il n'adhère nulle part à l'endocarde (qui est sain), mais est retenu par intrication entre les piliers du ventricule.

Le ventricule gauche contient un caillot fibrineux et cruorique absolument semblable au précédent. Ce caillot présente également un prolonge-

ment auriculaire et un prolongement aurtique.

Ces caillots sont évidemment autochtones et de formation récente; ils résultent d'une coagulation post mortem ou tout au plus agonique.

Il n'existe ni végétation, ni lésion vasculaire, ni lésion myocardique, ni malformation du cœur.

L'artère pulmonaire est ouverte en place, dans toute son étendue; ses deux branches de bifurcation sont libres; les branches de 2°, de 3° ordre, etc., aussi loin qu'il est possible de les suivre avec les ciseaux, sont absolument libres.

Les plèvres ne contiennent pas de liquide; elles n'offrent pas trace d'inflammation.

Les poumons ont leur volume et leur aspect normal. Cependant, en les examinant avec soin, on découvre à leur surface et notamment aux deux bases quelques taches noires ecchymotiques. On compte trois de ces taches sur le poumon gauche, 5 ou 6 sur le poumon droit. La plus grande a l'étendue d'une pièce de 20 cent.; les autres sont de la grandeur d'une lentille. Au niveau de ces taches, le tissu pulmonaire est à peine induré; à la coupe, on voit qu'elles répondent à des foyers hémorrhagiques très minimes, d'un 1/2 centimètre d'épaisseur au plus. La branche de l'artère pulmonaire qui se rend dans la direction de ces foyers, examinée à nouveau, ne contient aucun embolus visible.

Le reste du tissu pulmonaire crépite bien et n'offre aucune altération; il n'y a qu'un peu de congestion cadavérique dans les parties déclives.

Les bronches ne sont pas enflammées; les ganglions bronchiques ne sont pas tuméfiés,

Recherchant si dans les voies respiratoires supérieures il n'y aurait pas une cause d'asphyxie, on examine la bouche, le pharynx, le larynx, la trachée et le corps thyroïde sans rencontrer aucune lésion; on observe seulement un développement, peu exagéré du reste, de l'amygdale de Luschka, et un magma épithélial dans l'une des cryptes d'une des amygdales pharyngées. L'œsophage est sain.

Les veines pulmonaires, l'aorte, les veines caves sont à l'état normal. Cavité abdominale. — Dans le péritoine, quelques grammes d'épanchement séreux; pas de fausses membranes, ni aucun indice de péritonite.

L'estomac contient du lait caillé; sa muqueuse n'est ni congestionnée, ni altérée. Le duodénum, l'intestin grêle et le gros intestin n'offrent aucune lésion.

La rate est petite et de consistance ferme.

Le que de Les sont de aucun

cal, e L'e les co ménir

Les

de vu Né tère j voisin pu êt Né

> lente Né exem disso La foyer

blab

(d'ap Elle: Sans on r donc par déjà

poss ptor que: « Sur

l'alc trati don che lair poir arté et

En est a p Le foie et les reins sont normaux.

t

Le organes du bassin (rectum, vagin, utérus, vessie), ne présentent rien me de normal.

Les veines iliaques primitives, les iliaques externes jusqu'aux fémorales sont ouvertes avec soin; elles ne renfermeut aucun caillot et ne présentent aucune trace de phlébite. Les veines hypogastriques, le plexus périvésical, etc., sont également à l'état physiologique.

L'encéphale, examiné minutieusement, ne présente ni à l'intérieur, ni sur les coupes, aucune lésion; il n'existe notamment aucune inflammation des méninges; les artères de la base sont normales.

Les résultats de cette autopsie sont, en résumé, négatifs à bien des points de vue :

Négatifs, à l'égard d'une embolie pulmonaire importante, le cœur et l'artère pulmonaire étant libres et sains, et, d'autre part, aucune des veines voisines de la lésion gangréneuse n'offrant traces d'une thrombose qui eût pu être le point de départ de l'embolus.

Négatifs, au point de vue d'un traumatisme, d'une trace de mort violente, d'un empoisonnement par un toxique violent, etc.

Négatifs, au point de vue d'une infection, telle que le charbon, par exemple (rate petite et dure; pas de congestions viscérales, pas de « sang dissous », etc.).

La seule lésion que nous ayons relevée, c'est la présence de petits foyers hémorrhagiques dans les poumons. Ces foyers répondent vraisemblablement à des embolies minimes et non constatable à l'œil nu, datant (d'après ce qu'on sait de l'évolution des infarctus) de 24 heures au moins. Elles sont parties probablement des veinules de la région gangrénée. Sans doute il y en a eu d'autres, plus récentes, minimes également, dont on ne trouve pas trace à l'examen du tissu pulmonaire. Il est possible donc (?) que ces embolies minimes, mais multiples, aient causé la mort par le mécanisme d'une syncope réflexe; quelques faits analogues ont déjà été cités.

Si l'on se refuse à accepter cette explication, je ne vois comme cause possible de la mort rapide de cette enfant qu'une intoxication par des ptomaïnes (?) nées dans le foyer gangréneux, et ayant fait irruption brusquement dans le torrent circulatoire ».

a Examen histologique et bactériologique des nodules pulmonaires. — Sur les coupes de trois de ces nodules pulmonaires (qui ont été durcis à l'alcool et enrobés dans la pareffine) on reconnaît qu'il s'agit d'une infiltration hémorrhagique d'un lobule ou d'une portion de lobule. Le sang, dont les globules sont parfaitement conservés (ce qui indique que l'épanchement est récent), remplit et distend les alvéoles et les conduits alvéolaires; on en trouve également dans les petites bronchioles; en quelques points seulement le sang infiltre le tissu conjonctif péribronchique et périartériel. Ce sang est partout coagulé; on voit entre les globules rouges, et les globules blancs peu nombreux, de minces filaments de fibrine. En quelques points l'épithélium pulmonaire qui revêt la paroi des alvéoles est un peu gonflé; quelques cellules commencent à se détacher, mais il n'y a pas de diapédèse des leucocytes.

Il ne m'a pas été possible de trouver, même dans les branches sub-lobulaires de l'artère pulmonaire qui abordent les foyers hémorrhagiques, de caillot migrateur ayant formé embolie. Ces branches sont simplement remplies d'un caillot autochtone.

Il n'y a pas d'altération appréciable de la paroi des vaisseaux ni des capillaires dans les foyers hémorrhagiques.

La recherche des micro-organismes dans ces foyers hémorrhagiques (soit sur des lamelles prises au moment de l'autopsie, soit sur les coupes colorées par la méthode de Weigert et par le bleu de Kühne) a donné un résultat absolument négatif. Ces foyers ne contiennent aucun microbe.

Ces résultats doivent faire écarter, à ce qu'il me semble, l'hypothèse de noyaux d'infarctus (hypothèse qui m'avait paru probable à l'autopsie) et démontrent qu'il s'agit de simples hémorrhagies pulmonaires. En l'absence de toute infection bactérienne, il ne reste pour les expliquer que l'hypothèse d'une intoxication par des toxines nées au niveau du foyer de gangrène, que cette intoxication ait agi directement sur les vaisseaux du poumon ou indirectement par l'intermédiaire du système nerveux.

Somme toute, cette observation me semble digne d'intérêt à des titres divers.

I. — D'abord, c'est un exemple d'herpès vacciniforme se terminant par la mort. Jusqu'à ce jour nous avions toujours vu l'affection aboutir sponte suâ à guérison, et nous étions presque autorisés à la considérer comme bénigne. Force nous est d'admettre aujourd'hui qu'elle est susceptible de se compliquer d'accidents gangréneux, avec toutes les éventualités que comporte une gangrène.

II. — En second lieu, le fait en question témoigne qu'une gangrène génitale et périgénitale peut aboutir à la mort dans des conditions d'état général non alarmant, c'est-à-dire sans cortège d'accidents graves. Notre petite malade n'a pas eu un symptôme vraiment grave, de nature à donner alarme, de nature à faire prévoir une terminaison si rapide, si brusque, si brutale. Elle est positivement morte en plein état de vie, avec une résistance vitale non épuisée d'apparence, voire à peine amoindrie.

III. — Enfin, de l'ensemble des symptômes précités, du fait de cette complication sphacélique, du fait aussi de cette mort singulière, il ressort, me semble-t-il, une démonstration en plus pour témoigner que l'herpès vacciniforme constitue une maladie d'ordre infectieux. En toute vraisemblance, une scène morbide de ce genre doit avoir pour origine un état infectieux, provenant de l'introduction dans un organisme sain d'un agent pathogène, d'un microbe encore ignoré. C'est donc à la détermination de ce germe nocif, de ce microbe, que devront désormais tendre nos efforts, et c'est en ce sens aussi que devra être dirigée notre thérapeutique.

D

fille

velu

duit

des

time

son

soli

mod

des

sen

ligo L

dep

nan

line

une

aa 1

sol

de

tiqu

mê

que

bie

cer

réc

mie

Or

tio

que

ane

po

si l

che

#### Pelade décalvante et vitiligo; guérison de la pelade.

Par H. FEULARD.

Dans la séance du 7 juillet 1892, je présentais à la Société une jeune fille de 12 ans, atteinte de vitiligo et d'une pelade totale du cuir chevelu (voir Bulletins de 1892, p. 374) et dont cette photographie reproduit l'aspect à cette époque. Je vous la représente aujourd'hui guérie de sa pelade avec des cheveux abondants et solides longs de 6 à 8 centimètres. On remarquera parmi les cheveux, dont le plus grand nombre sont blonds, beaucoup de cheveux blancs de même longueur et aussi solides, qui ne sont pas des cheveux repoussés blancs et qui vont se modifier et tomber ainsi que cela se voit dans certaines pelades, mais des cheveux, qui sont et vont rester blancs parce que la malade présente comme on le voyait très bien, quand l'alopécie existait, du vitiligo disséminé sur le cuir chevelu.

La repousse des cheveux qui s'est faite en moins de six mois, car depuis la fin de novembre la tête était déjà dans l'état où elle est maintenant, a été obtenue par le traitement le plus simple (onctions de vaseline soufrée le soir, savonnage le lendemain matin, puis friction avec une brosse imbibée d'une solution : liqueur de Van Swieten, alcool, åå 100 gr., teinture de cantharides 2; changée en novembre pour une solution analogue: teinture romarin, alcool Fiorav. ââ 100 gr., teinture de cantharides 2; au début il y a eu une seule application d'acide acétique faite en trois fois à huit jours d'intervalle pour ne pas irriter en même temps toute l'étendue du cuir chevelu). Je pense d'ailleurs, comme quelques-uns de nos collègues que les pelades quand elles veulent bien guérir, guérissent par les traitements les plus simples ; et que certaines se montrent extraordinairement rebelles ou incessamment récidivantes quoi qu'on fasse. A ce type appartiennent les pelades ou mieux les alopécies peladoïdes que l'on qualifie de trophonévrotiques. Or, dans le cas présent, nous avions, en juillet dernier, agité la question de savoir si la pelade décalvante, survenue d'ailleurs depuis quelques mois (décembre 1891) alors que le vitiligo avait une origine très ancienne, avait quelque relation avec le vitiligo et pouvait être rapportée comme lui à une source nerveuse ; je me demande maintenant si la rapidité avec laquelle la pelade a guéri n'est pas au contraire un argument en faveur de la nature commune de cette alopécie, survenue chez un sujet atteint de vitiligo mais sans relation avec celui-ci.

ıt

8

8

n

n

S

t

r

S

#### Lichen plan de la cavité buccale.

Par H. FEULARD.

Voici une dame àgée de 38 ans, de bonne santé habituelle qui présente sur le dos de la langue et la face interne des joues une éruption typique et remarquable de *lichen plan*.

Quand je l'ai vue pour la première fois (19 décembre 1892), l'affection durait déjà sur la langue depuis six mois et avait été prise pour une leucoplasie linguale; les lésions des joues se sont développées postérieurement et remontent à trois ou quatre mois.

Sur la langue l'éruption, qui occupe aujourd'hui les deux tiers postérieurs, se présente sous la forme de taches blanc grisâtre, très légèrement saillantes et dont quelques-unes se fondant par leurs bords forment de véritables nappes. Sur les joues elle a son siège d'élection au niveau de l'espace intermaxillaire et se montre sous forme d'un semis de points blancs, tantôt isolés, tantôt réunis en forme d'arborescences et de traînées. La bouche est le siège de sensations d'assez vive cuisson (comme si la malade avait mangé du poivre, dit-elle).

Il s'agit d'ailleurs d'une femme d'un tempérament nerveux ; elle est devenue irritable depuis quelques mois et a de fréquentes insomnies.

Mais, et c'est là le point qui me semble le plus intéressant de son histoire, elle n'a pas de démangeaisons et ne présente aucune éruption sur le tronc. J'ai seulement trouvé à la face antérieure des poignets, de chaque côté, 3 ou 4 papules aplaties, brillantes, d'aspect corné qui seraient apparues tout à fait récemment et n'ont pas d'ailleurs attiré beaucoup l'attention de la malade.

Il est possible, sinon probable, que nous allons assister, ainsi que cela a été déjà signalé, à l'éclosion du lichen sur la peau postérieurement au lichen des muqueuses; mais ce qui m'a paru digne de remarque, c'est, d'une part l'intensité des lésions buccales durant depuis six mois avec intégrité de la peau, et d'autre part l'absence de démangeaisons actuelles du côté de la peau qui va peut-être participer à son tour au processus morbide.

# Nourrice contagionnée par un nourrisson syphilitique et contagionnant son propre enfant,

Par H. FEULARD.

Voici une petite fille, âgée de 18 mois, en pleine éclosion de syphilis secondaire (roséole, syphilides labiales, gutturales, vulvaires et périana acq d'un enc

nég dro trar dro peti gio

E

que 189

qui

est,

fait par pein ava qu'dés pro

par de tion

imp

mal

salle dura de con

Le M. anales, alopécie) dont l'évolution indique suffisamment une syphilis acquise et chez laquelle on peut d'ailleurs facilement retrouver la trace d'un chancre de la lèvre supérieure et des bubons sous-maxillaires encore très marqués (18 décembre 1892). En recherchant comment la contagion a pu se produire, je constate que la mère, âgée de 27 ans, est, elle aussi, en état de syphilis secondaire; et, après un interrogatoire négatif mais un examen minutieux, je découvre sur l'aréole du sein droit une cicatrice rosée, de la grandeur d'une pièce de 20 centimes, tranchant sur le fond brun de l'aréole. L'exploration de l'aisselle droite me permet de retrouver encore un ganglion de la grosseur d'un petit marron; cette femme a donc eu un chancre du sein et a conta-

gionné son enfant par l'allaitement.

r

S

n

Z

t

n

t

e

X

En pressant davantage les réponses de la malade, j'apprends alors que cette femme a accepté comme nourrisson et a allaité de juin à août 1892, un enfant qu'elle a rendu au bout de ce temps à ses parents parce qu'il était couvert de boutons ; cet enfant, nous dit-elle, aurait été conduit ensuite à un bureau de nourrices, où il est à craindre qu'il n'ait fait de nouvelles contagions. Tous les efforts faits pour retrouver les parents et compléter notre enquête sont restés infructueux ; c'est à peine d'ailleurs si cette femme connaissait les personnes de qui elle avait accepté l'enfant, sans renseignement, sans certificat, imprudence qu'elle paye bien cher aujourd'hui. C'est un nouvel exemple de ces désastreux accidents qui préoccupent tous ceux qui s'intéressent à la prophylaxie de la syphilis; mais il n'y a eu dans ce cas aucune faute imputable à l'administration ou à l'examen médical; puisque cette malheureuse femme ne faisait pas profession de nourrice, que l'accord s'est fait, sans intermédiaire et probablement sans avis du médecin des parents de l'enfant malade, entre ceux-ci et la nourrice d'occasion, et de tels faits échappent à toute surveillance et à toute réglementation.

### Sur un cas de maladie de Paget de la région périnéo-anale et scrotale.

Par MM. J. DARIER et P. COUILLAUD.

Le malade que nous avons l'honneur de vous présenter occupe à la salle Saint-Louis, le lit n° 20, il est âgé de 72 ans et porteur d'une lésion durant depuis une quinzaine d'années et présentant les caractères cliniques de la maladie de Paget. L'examen histologique fait par l'un de nous confirme ce diagnostic.

C'est en réalité le second cas publié de cette affection ainsi localisée. Le premier cas est de Radcliffe Crocker et est rapporté dans la thèse de M. Wickham, mais le dermatologiste anglais, après examen histologique

ANN. DE DERMAT. - 3º ste. T. IV.

conclut négativement, tandis que M. Wickham, par l'examen histologique de la même lésion conclut affirmativement.

Les renseignements que nous avons pu recueillir sur la famille du malade et sur lui-même sont assez vagues; nous apprenons seulement les faits suivants:

Son père est mort subitement; sa mère est morte à 78 ans sans avoir jamais été malade.

Il a eu plusieurs oncles et tantes qui n'ont jamais été malades.

Sa fille est vivante, mais elle a quitté sa famille depuis longtemps.

Sa femme est morte, il y a vingt ans, d'un kyste de l'ovaire.

Il a deux frères un peu plus jeunes que lui et qui sont en bonne santé. En somme, dans la famille, aucune maladie de peau ou autre affection. En ce qui concerne notre malade les renseignements sont plus complets.

En ce qui concerne notre malade les renseignements sont plus complets. Il n'a jamais eu de maladie antérieure. C'était, au dire de ses frères, un homme très vigoureux, ayant toujours beaucoup travaillé et beaucoup bu.

Sa lésion actuelle aurait débuté il y a 15 ans à l'anus. « Il croyait avoir des vers sous la peau ». Néanmoins il a continué son métier de vigneron sans être trop gêné. Il entre à l'hôpital d'Epernay le 15 novembre 1887. On fait le diagnostic suivant : Affection cardiaque. — Eczéma anal. — Bronchite chronique.

Il sort le 14 mars 1888, sans être guéri, pour rentrer six jours plus tard, le 20 mars. Il reste alors jusqu'au 13 mai.

Le 13 octobre de la même année, il est admis comme vieillard à l'hospice annexé à l'hôpital.

A dater de ce moment, il a eu plusieurs crises de bronchite et, « environ tous les six mois, ses jambes enflaient » ; il était pris en même temps d'une dyspnée intense et sa lésion cutanée semblait se sécher.

d'une dyspnée intense et sa lésion cutanée semblait se sécher.

Pendant son séjour, soit à l'hôpital, soit à l'hôspice, on lui prescrivait comme traitement interne:

Iodure de potassium. 2 gr. par jour Liqueur de Fowler. X gouttes ;

Et par moments :

Vin diurétique..... 3 à 4 cuillerées.

D'autre part on avait essayé d'abord sur sa lésion cutanée de la créoline et des lavages avec une solution de chloral. Mais on avait dû cesser bientôt, le malade se plaignant de trop vives souffrances. Dans la suite, on lui a fait des lavages à l'eau boriquée, suivis d'application de vaseline boriquée. Souvent on a dû badigeonner la lésion avec une solution de cocaïne pour calmer les douleurs.

En présence de cette lésion si tenace et singulière d'aspect, le médecin traitant excise un fragment de peau et nous l'envoie pour examen histologique. Dans ce fragment, l'un de nous reconnaît avec précision tous les caractéres de la lésion de la maladie de Paget.

Le malade, envoyé à St-Louis, est admis le 28 juillet. Notre maître, M. Fournier, qui le voit à l'entrée fait, sans qu'on lui fournisse le renseignement histologique, le diagnostic ferme de maladie de Paget.

A ce moment, L... présente les symptômes d'une cachexie sénile très

uring Di stern norm mets

pron

flant La lents

Le

durs

La cons

mais mala cont Or Su

leur

et te

lien En mote pupi de ce

Le depu deva

aucu papi L' Le

L

L

verr rema à 13 d'un forte

L

prononcée. Il a un peu d'anorexie, mais pas de diarrhée ni de fièvre. Les prines sont normales.

Du côté des voies respiratoires, on note, à l'inspection, une voussure sternale; à la percussion, en avant, du tympanisme, en arrière, rien d'anormal; à l'auscultation, en avant, une respiration puérile aux deux sommets, sans râles, et en arrière, aux deux bases des râles sibilants et ronflants avec de gros râles muqueux.

La toux est pénible, fréquente et s'accompagne de crachats muco-purulents et visqueux.

Les artères sont athéromateuses et le pouls irrégulier.

Le cœur bat dans le cinquième espace intercostal; les battements sont durs et irréguliers. Il est probablement le siège d'une myocardite scléreuse.

Les troubles nerveux sont assez marqués.

La force musculaire est légèrement diminuée aux avant-bras, mais conservée partout ailleurs.

Les mains sont atteintes d'un tremblement très peu marqué au repos, mais qui s'exagère beaucoup dans les mouvements volontaires. Ainsi le malade ne peut pas boire avec la main droite sans renverser la moitié du contenu de son verre.

On constate également un léger tremblement de la langue.

Sur la surface du corps on observe un retard de la sensibilité à la douleur en même temps que du prurit sénile et une hyperesthésie plantaire et testiculaire. La sensibilité thermique est conservée.

Les réflexes tendineux sont très exagérés : un seul choc au tendon rotulien donne trois ou quatre secousses.

En ce qui concerne l'œil, on ne constate pas de paralysie des muscles moteurs, mais un léger nystagmus dans les mouvements extrêmes. Les pupilles sont inégales : le diamètre de la pupille droite est presque le double de celui de la gauche qui est punctiforme.

Leurs réflexes à la lumière et à la distance sont normaux.

Le champ visuel est considérablement rétréci. De plus, la vue est faible depuis 7 ou 8 ans et le malade se plaint d'avoir un brouillard continuel devant les yeux.

A l'examen ophtalmoscopique, notre ami Daude-Lagrave n'a constaté aucune trace de cataracte, mais une décoloration très prononcée des deux papilles dont les bords sont peu nets.

L'acuité auditive est très notablement diminuée des deux côtés.

Le goût et l'odorat sont affaiblis.

Le toucher est normal.

L'aspect de la peau est variable suivant les régions. De nombreuses verrues planes occupent les régions thoracique et dorsale. Dans le dos, on remarque également des nævi vasculaires; et, sur le côté droit de l'abdomen, à 13 cent. de l'ombilic, un nævus verruqueux de la dimension d'une pièce d'un franc, « datant de dix ans ». La face postérieure des avant-bras est fortement pigmentée.

Les mains sont cyanosées.

Les membres inférieurs sont couverts de légères varices superficielles

et de varices capillaires abondantes qui produisent un état cyanotique du dos du pied et de la jambe.

La paupière gauche porte deux verrues planes ; la droite en porte une seule. Le nez est cyanosé et présente de l'épaississement du derme.

Enfin, à la région périnéo-anale, nous voyons la lésion qui présente l'intérêt principal.

M. Baretta en a exécuté un moulage au mois de septembre et M. Méheux en a tiré deux photographies à la même époque, ce qui permet de constater les modifications locales depuis cette époque jusque maintenant.

Au 3 août, la lésion présente les caractères suivants :

Elle occupe la région périnéo-anale et se prolonge jusque sur la région fessière et sur le scrotum, sans laisser d'intervalles de peau saine.

Etalée sur un plan, sa forme générale représente à peu près celle d'un losange à grand axe vertical.

En arrière sa limite supérieure est le coccyx. De là elle s'étend obliquement en dehors jusqu'à 7 cent, sur la fesse droite et 5 cent, sur la fesse gauche; puis, à 4 cent, au-dessus du pli fessier, elle émet du côté gauche un prolongement externe, ce qui porte sa largeur de ce côté à 6 cent, tandis qu'à droite elle a diminué et n'est plus que de 5 cent.

Elle descend alors en suivant la même direction sur la face postérointerne des cuisses jusqu'à 2 cent. à droite et 5 cent. à gauche au-dessous du périnée. De là elle remonte sur le scrotum où elle se termine à 3 cent. au dessus de la racine des bourses, dont elle occupe toute la largeur. En ce point elle forme un angle légèrement rentrant sur la ligne médiane et est symétrique de chaque côté. Au niveau de l'anus, la lésion pénètre jusqu'à 1 cent.

Dans ces différentes régions, les contours sont *nets*, festonnés, polycycliques, bordés par une légère collerette épidermique; la lésion est suintante au centre et présente différents caractères suivant les points considérés. Tout d'abord on est frappé de la différence notable qui existe entre l'aspect de la zone périphérique et le centre.

A la région fessière, la zone périphérique est violet cendré, pigmentée, sèche.

L'épithélium squameux se laisse arracher par larges plaques. Le derme ne présente pas à cet endroit d'induration bien sensible. Du côté droit, cette zone mesure un centimètre 1/2 de large; du côté gauche, 3 cent. Il en résulte que la zone centrale se trouve très peu développée du côté gauche.

La zone centrale présente un fond rouge lie de vin parsemé d'îlots irréguliers plus ou moins blanchâtres; les uns qu'on parvient à détacher ont l'aspect de fausses membranes : c'est de l'épithélium macéré; d'autres sont opalins et fortement adhérents, constitués par de l'épithélium néoformé.

Là le derme est fortement infiltré, induré et bourgeonnant. Un liquide purulent hnmecte constamment cette zone.

Au p!i fessier, la zone périphérique s'indure comme la zone centrale et est limitée par un bourrelet légèrement saillant. Quant aux autres caractères, ce sont les mêmes que ceux de la zone périphérique située au-dessus; nous les avons décrits.

tour péri tére D' devi

lent. norm Te

quel

A menti parti Au lésio vés,

laque

s'est

Le poud Il y mais Ce aux c

à per

scroti

Enterition

Execution

Execution

Execution

Une nous dureic ming picroautres On grossi

zoaire:

corps

Au périnée et au scrotum, la physionomie de la lésion change; le contour est très net avec un bourrelet violet large de 1 centim. 1/2. La zone périphérique n'existe plus ou du moins se présente avec les mêmes caractéres que le centre.

D'autre part, la zone centrale prend un aspect tout différent : le fond devient carminé avec un semis de points blanchâtres et ne présente que quelques rares bourgeons disparaissant même à la région scrotale. Toute cette partie de la lésion est macérée et baignée par un liquide séro-purulent. La peau qui entoure la lésion est saine, et conserve son aspect normal.

Telle est, en quelque sorte, la photographie de la lésion à l'entrée de L... à Saint-Louis.

A ce moment, nous lui prescrivons par jour, pour arrêter le suintement, deux bains locaux d'amidon, après lesquels on lui saupoudre les parties avec de l'oxyde de zinc.

Au 21 octobre, dans le cours de ce simple traitement antiphlogistique, la lésion s'est profondément modifiée: les îlots opalins adhérents sont arrivés, par leur coalescence, à former une surface blanchâtre au milieu de laquelle il ne reste plus que quelques îlots érodés. La zone périphérique s'est accrue aux dépens de la zone centrale sans progresser vers les parties primitivement saines. On ne constate plus trace de suintement.

Le traitement est alors modifié : on fait appliquer sur la lésion de la poudre de chlorate de potasse.

Il y a donc environ 2 mois 1/2 que le nouveau traitement est en vigueur, mais l'amélioration a été peu sensible.

Cependant, en arrière, la zone périphérique s'est étendue encore un peu aux dépens du centre. Quant aux plaques blanchâtres elles ont conservé à peu près le même aspect qu'en octobre. Le suintement a réapparu au scrotum, au périnée et dans la rainure interfessière.

Il est juste d'ajouter que l'état général est des plus mauvais et s'est encore aggravé dans ces derniers temps.

Enfin, nous n'avons noté encore à l'heure actuelle aucune trace d'apparition de bourgeons cancéreux.

Examen histologique. — Sur les coupes du petit fragment de peau qui avait été excisé alors que le malade était à Épernay, on pouvait déjà reconnaître la lésion caractéristique de la maladie de Paget.

Une biopsie pratiquée récemment au niveau du bord de la plaque rouge nous a fourni des préparations absolument démonstratives. La pièce a été durcie, partie dans la liqueur de Müller, partie dans du liquide de Flemming; les coupes de la première portion ont été colorées au moyen du picro-carminate ou du carmin aluné et montées dans la glycérine; les autres, colorées par la safranine, ont été montées dans le baume.

On reconnaît avec la plus grande facilité, et à l'aide même d'un faible grossissement, la présence dans l'épiderme d'un grand nombre de ces corps arrondis ou ovalaires que l'un de nous a signalés il y a quelques années et considérés comme étant des parasites de l'ordre des sporotoaires.

Au bord même de la lésion ces corps apparaissent d'abord en nombre

modéré et l'on peut étudier sans difficulté leur topographie et leurs caractères; plus loin leur abondance augmente, néanmoins ils restent très reconnaissables. On n'en trouve jamais que dans l'épiderme. Ils siègent souvent au niveau de la première rangée des cellules cylindriques, mais beaucoup d'autres sont disséminés à n'importe quelle hauteur dans l'épiderme. Ils sont de volume inégal, pourtant presque tous notablement plus gros qu'une cellule épidermique; quelques-uns, vraiment géants, ont un diamètre 3 ou 4 fois plus considérable. Ils ont généralement un noyau, bien plus gros que celui des cellules malpighiennes, plus vivement coloré et moins nettement limité, qui semble parfois formé d'un amas de granulations; assez souvent on rencontre de ces corps munis de 2 ou 3 noyaux, plus rarement de 4 ou de 5. Autour de quelques-uns d'entre eux il semble qu'il y ait une membrane réfringente et incolore. Par la méthode des coupes on ne peut reconnaître avec certitude s'ils siègent ou non dans des cellules épidermiques. Parfois ces corps sont groupés en amas au sein d'une cavité creusée dans le corps muqueux et forment ainsi des sortes de nids. Les cellules voisines se laissent refouler par eux sans présenter d'autre altération que leur déformation. On ne voit pas de formes de passage entre les cellules épidermiques et ces corps, c'est-à-dire d'éléments qu'on puisse considérer comme des cellules épidermiques en voie de se transformer en un de ces corps anormaux.

Un certain nombre de ces corps parasitaires ou pseudo-parasitaires contiennent du pigment brun alors que les cellules voisines en sont dépourvues ; on aurait pu croire que ce pigment est formé par eux et il eût été intéressant de rapprocher ce fait de la formation de pigment dans les hématozooaires. Mais en d'autres points ce pigment se voit aussi dans les cellules épidermiques et paraît de provenance sanguine, car il en existe également dans le derme où il est renfermé soit dans des cellules migratrices, soit dans des cellules fixes ; il provient vraisemblablement de petites hémorrhagies et contribue à donner à la lésion sa coloration sombre.

Les prolongements de l'épiderme, canaux des glandes sudoripares et follicules pilo-sébacés, renferment des corps caractéristiques et cela jusqu'à une assez grande profondeur.

Au niveau de la couche cornée les corps qui ont été entraînés par l'évolution épidermique ont diminué de volume, leur noyau a disparu, leur substance est devenue homogène et brillante. Il est impossible de ne pas être frappé de l'analogie qu'ils présentent dans cet état avec les corpuscules de molluscum et les « grains » de la psorospermose folliculaire.

Les coupes du fragment fixé par le liquide de Flemming montrent les mêmes détails; elles permettent en outre de reconnaître un certain nombre de mitoses dans les cellules épithéliales, mais jamais dans les corps anormaux. Cette technique permetde s'assurer que ces derniers n'ont rien de commun avec des cellules en karyokinèse normale ou atypique.

Quant aux lésions du derme, nous signalerons seulement l'irrégularité de sa surface due à un accroissement notable, mais inégal, des papilles; d'autre part, l'infiltration de ces couches superficielles par des cellules rondes assez abondantes.

En résumé, l'analyse histologique de ce cas ne permet donc, pas

de Passes différentes d'une corpa term

plus

mala
fois
To
nous
élect
form
des s
Co
quesi

Ma c'est suffis faire hors l'hist

de ce

M.

a nu

Lich

La retat pleu

Je

plus que celle des cas précédemment observés, de se prononcer avec certitude sur la nature des corps spéciaux qu'on trouve dans la maladie de Paget. Leur présence est caractéristique et rend le diagnostic de cette affection tout à fait facile, mais quelle est leur nature? Les différences que nous avons notées chemin faisant entre eux et les cellules épithéliales, différences de volume, d'apparence et de nombre des noyaux, leur dissémination au milieu de l'épiderme de la lésion, la limitation exacte de cette lésion sur le tégument, faits difficiles à concilier avec l'hypothèse d'une dégénérescence cellulaire, tout cela tend à faire considérer ces corps comme des éléments étrangers, comme des parasites en d'autres termes.

On pourrait, en outre, invoquer l'apparence qu'ils prennent dans la couche cornée et qui est bien voisine de celle qu'on constate dans les autres maladies qu'on a appelées psorospermoses et de celles que prennent parfois les coccidies du lapin (Malassez).

Toutefois nous devons reconnaître que malgré de multiples tentatives nous n'avons pu réussir à trouver une méthode de coloration nettement élective pour ces corps, et surtout que nous n'avons pas observé de formes présentant de grandes analogies avec les stades de développement des sporozoaires connus.

Comme on ne peut se contenter d'impressions personnelles dans des questions de ce genre, nous conclurons que l'interprétation de la nature de ces corps est encore incertaine.

Mais ce qui est incontestable et ce que notre observation tend à prouver, c'est que la maladie de Paget a des caractères cliniques et histologiques suffisamment précis et déterminés pour qu'il soit aujourd'hui aisé d'en faire le diagnostic, et cela de par la clinique seule même quand elle siège hors de sa région de prédilection, qui est le sein, ou d'autre part de par l'histologie seule sur un fragment de peau excisé.

- M. A. Fournier. Tout ce que nous avons tenté pour ce malade lui a nui.
  - M. VIDAL. Avez-vous essayé l'aniline?
  - M. A. Fournier. Nous ne l'avons pas essayée.

## Lichen plan intense ; guérison rapide par l'hydrothérapie tiède.

Par M. PAGE

Je vous présente en ma personne un lichénien guéri par l'hydrothérapie. Le prurit et les démangeaisons ont commencé le 4 octobre. La maladie fit de rapides progrès et le 20 novembre, j'étais dans un état de névropathie profonde, complètement abattu, ne cessant de pleurer, ayant perdu tout sommeil malgré des doses de 8 grammes de chloral et de 0 gr. 03 cent. de morphine en injections. J'avais de continuelles idées de suicide. Quant à l'éruption, elle était très étendue, comme on peut encore en juger par la pigmentation qu'elle a laissée.

Le traitement arsenical n'eut absolument aucun effet.

M. E. Besnier, que je vis le 27 novembre, me conseilla la méthode de traitement de M. L. Jacquet: deux douches tièdes par jour.

A la troisième douche, je pus dormir et je ressentis un certain bien-être qui ne fit que s'accroître aux douches suivantes. Le 15 décembre je n'avais plus de démangeaisons et mes idées noires commençaient à disparaître. Depuis, je me porte de mieux en mieux, cependant je ne me considère pas encore comme guéri, car quand je manque quelques douches, je sens que le prurit tend à reparaître.

M. E. Besnier. — Les malades que j'ai traités par cette méthode n'en ont pas tous retiré un bénéfice aussi considérable; mais, si les douches tièdes ne constituent pas le traitement absolu et infaillible du lichen plan, il n'en faut pas moins reconnaître qu'elles semblent en être le principal agent. Ce cas particulier est absolument probant, car, à plusieurs reprises, la suspension des douches a été immédiatement suivie d'une tendance à la réapparition des phénomènes prurigineux.

M. L. JACQUET. — Je demande à faire remarquer que, s'il existait, à l'hôpital Saint-Louis, une installation hydrothérapique convenable, l'hospitalisation d'un certain nombre de malades atteints de lichen ou d'autres dermatoneuroses pourraitêtre évitée; ces malades viendraient simplement recevoir leurs douches.

M. Barthélemy. — Je suis le premier à rendre justice à M. Jacquet pour le service qu'il a rendu à ceux qui souffrent de prurit en conseillant de les soumettre systématiquement à l'hydrothérapie tiède. J'ai eu recours, pour ma part, à ce procédé de thérapeutique, dans une dizaine de cas de lichen plan; mais je dois dire que, si le symptôme prurit a été amendé, si au point de vue purement névropathique les malades se sont bien trouvés de ce conseil, je n'ai constaté aucune amélioration très notable, aucune modification spécialement favorable sur l'éruption elle-même, sur la dermatose proprement dite. J'ajoute que je ne m'explique pas bien comment il pourrait même en être autrement et les faits observés ne m'ont pas encore prouvé que cette vue théorique était erronée.

Il est vrai que je n'ai prescrit qu'une seule douche par jour; mais eu égard à l'intensité de l'éruption, cette dose m'avait paru suffisante.

Dans un cas de lichen plan très aigu, très rouge, très prurigineux, presque généralisé, l'éruption disparut en moins de cinq semaines, comme par enchantement, presqu'à mon étonnement, par de simples lotions boriquées, des bains d'amidon et de la pommade à l'oxyde de zinc. A mon avis, c'est l'évolution spontanée de l'éruption et non la médication employée qui a donné ce résultat.

des des les et il A cipe

I'hy ont plar

L

bre

àl

l'an ana gle men diffe

enti

sur

par

j inode par ont sére cult

den

M. E. Besnier. — Il est certain qu'il y a à faire dans le lichen plan des distinctions cliniques et étiologiques qui expliqueraient la divergence des résultats. Mais en ce qui concerne ce fait particulier, non seulement les démangeaisons, mais aussi les lésions cutanées étaient excessives, et il n'est pas douteux qu'elles n'aient été fort améliorées.

Aussi, je crois qu'il nous faut rompre définitivement avec l'ancien principe que les dermatoses n'ont aucun bénéfice à attendre de l'emploi de

l'hydrothérapie.

M. Hallopeau. — Il faut remarquer que les formes aiguës du lichen plan ont une évolution généralement plus courte et plus favorable que le lichen plan circonscrit chronique.

### Clous de Biskra

Par M. Moty, médecin major de 1re classe.

Le malade que je vous présente a séjourné à Biskra du 29 octobre 1891 au 25 novembre 1892, et il est entré le 25 décembre dernier

à l'hôpital du Val-de-Grâce pour furonculose.

Il est facile de se rendre compte qu'il est atteint en réalité de clous de Biskra multiples (deux à l'avant-bras gauche, trois à la face antérieure de la cuisse du même côté), mais on remarque d'autre part l'analogie de forme qu'offre en ce moment l'éruption avec le tubercule anatomique; on peut, en effet, en soulevant les croûtes avec une épingle, constater qu'elles présentent à leur face profonde des prolongements qui pénètrent à 1 ou 2 millimètres dans le derme. La lésion diffère cependant du tubercule anatomique par ce fait qu'elle est beaucoup moins sèche et qu'en saisissant la périphérie d'un des boutons entre deux doigts et en pressant un peu, on fait sourdre, par les fissures des croûtes, un liquide rouge ichoreux; elle repose, d'autre part, sur une base moins indurée que la tuberculose cutanée.

J'ai entrepris des cultures sur gélose et pratiqué, le 11 janvier, une inoculation de ce liquide sur mon avant-bras gauche avec le concours de mon collègue Cahier. Je crois que cette inoculation échouera, parce que les nombreuses inoculations pratiquées sur moi à Biskra ont toujours échoué quand je me suis servi du liquide exsudé sans insérer en même temps une parcelle de croûte solide. Aujourd'hui la culture sur gélose est fertile, mais l'examen n'en a pas encore été fait.

### Sur un cas de morphæa alba plana.

Par H. HALLOPEAU.

Nous observons, depuis bientôt deux ans, dans notre service, un cas demorphæa alba plana qui, par le nombre considérable de ses plaques.

les proportions énormes de l'une d'elles, leur évolution rétrograde, les traces qu'elles laissent à leur suite et l'action que semble exercer sur elles la thérapeutique nous paraissent mériter l'attention.

La nommée O..., âgée de 57 ans, est couchée au numéro 3 de la salle Lugol: elle est d'une vigoureuse constitution; ni dans son pays natal, le Tarn, ni à Moret où elle habite depuis son enfance, il n'existe, à sa connaissance, de maladie semblable à celle qu'elle présente actuellement; elle a eu 5 enfants; sa santé a toujours été excellente jusqu'en 1886; au commencement de cette année, elle fut prise d'un malaise général avec sensation pénible et persistante de fatigue et de brisure des membres; peu de temps après, elle remarquait l'apparition, dans la partie supérieure de son abdomen, d'une induration de la peau sous la forme d'une plaque allongée transversalement et décolorée; presque simultanément des plaques semblables se manifestèrent aux aines, au-devant du cou, dans le dos et sur les membres; elles étaient isolées; la peau qui les entourait paraissait saine; elles étaient indolentes, la sensibilité y était conservée; à aucun moment, il ne s'est produit de refroidissement ni de sensations pénibles d'engourdissement dans les extrémités.

Les différentes plaques s'aggrandirent progressivement en même temps qu'il s'en développait de nouvelles ; une plaque située au niveau de la cheville droite s'ulcéra à la suite d'un léger traumatisme accidentel; la cicatrice fut longue à se produire. Cependant le malaise général persistait; il s'accompagnait d'une sensation d'affaiblissement tel que la malade, bien que courageuse, dut garder le lit; elle y séjournait depuis deux mois quand elle se décida à venir se faire soigner à St-Louis; elle y entra le 28 février 1891.

Jusqu'à ce moment toutes les plaques ont continué à progresser ; elles offrent les caractères typiques de la morphée si bien décrite par Erasmus Wilson: de forme parfois exactement circulaire ou ovalaire, souvent polycyclique, parfois disposées en bandes allongées, elles sont indurées et décolorées dans toute leur étendue, sauf à leur périphérie où elles prennent la couleur lilas classique ; elles sont au nombre de 34, disséminées surtoutes les parties du corps, sauf la tête et les extrémités. Une d'elles est énorme : occupant la partie antérieure du tronc, s'étendant jusqu'aux lignes axillaires, elle mesure 60 centim. transversalement sur 16 verticalement; ses contours sont formés de fragments de cercles juxtaposés régulièrement ; le bord supérieur intéresse les seins ; le bord inférieur présente une disposition dont l'aspect rappelle celui d'un fer à cheval ; une autre plaque très étendue occupe le devant du cou et le haut du thorax ; elle forme là comme un collier; on voit encore des plaques de dimensions considérables dans les régions sus-inguinales et sacro-lombaires ainsi que sur les membres; d'autres sont plus petites; sur l'avant-bras gauche, on remarque un large placard érythémateux d'un rouge sombre; c'est ainsi, d'après la malade, que commencent toutes les plaques. Leur évolution est d'ailleurs très variable : tandis en effet que ce placard de l'avant-bras persiste avec les mêmes caractères depuis 4 mois, un érythème semblable, qui s'est développé il y a quatre jours seulement à la partie externe de la cuisse droite, présente déjà de l'induration dans sa partie centrale.

syn place loca L l'éle

mad

répe dive s'att dure blar D nes

séar

nive norm vast plus d'un au-d

des men Or prés activ

plaq

reprin'est breu que l en é régio cette laiss teint

droit could

Au

La disposition des plaques, surtout aux membres, est généralement symétrique. La sensibilité est intacte. Partout ailleurs qu'au niveau des plaques, les téguments sont sains ; jamais il ne s'est produit d'asphyxie locale des extrémités.

La malade est soumise à un traitement par les bains électriques, par l'électrisation avec un appareil faradique et des frictions avec une pommade belladonée. Assez rapidement, la maladie qui jusque-là, nous le répétons, avait constamment suivi une marche progressive, commence en divers points à rétrocéder : le *iilas ring*, qui constitue une zone d'extension, s'atténue pour bientôt s'effacer complètement; l'étendue des surfaces indurées diminue en même temps qu'elles perdent leur coloration de cire blanche pour devenir érythémateuses.

Deux plaques disposées symétriquement, au niveau des parties moyennes des faces internes des tibias, s'ulcèrent, l'une à la suite d'une très légère excoriation consécutive à un coup d'ongle, l'autre à la suite d'une séance de faradisation; ces ulcérations s'étendent rapidement à presque toute la surface de ces plaques : celle de la jambe droite atteint onze centimètres verticalement, sur cinq transversalement; elles ne se cicatri-

sent qu'après trois mois de repos au lit.

Au mois d'octobre 1892, une amélioration considérable s'est produite au niveau de la grande plaque abdominale : la peau y a repris sa consistance normale ; elle a perdu sa coloration blanc jaunàtre ; c'est maintenant une vaste tache brune très foncée ; à sa partie inférieure seulement persistent plusieurs plaques typiques de morphée ; leurs dimensions varient de celles d'une pièce de 5 francs à celles d'une pièce de 1 franc ; l'une d'elles, située au-dessous du sein gauche, s'est développée récemment ; de même, une nouvelle plaque s'est produite sur la partie droite du cou ; par contre, les plaques situées au-devant du thorax, dans la région sacro-lombaire et aux membres supérieurs, ont disparu ou ne sont plus représentées que par des taches pigmentaires ; aux jambes, les plaques mentionnées précédemment sont encore ulcérées et recouvertes de croûtelles.

On voit que la maladie, tout en rétrogradant en beaucoup de points, présente encore des manifestations nouvelles : elle est donc encore en activité.

Pendant toute l'année 1892, le même traitement a été continué,

Le 16 décembre, nous notons que la plupart des plaques ne sont plus représentées que par des macules d'un brun foncé; cette pigmentation n'est pas partout uniforme: en bien des points, elle est parsemée de nombreuses macules décolorées. Il est facile de constater, sur les membres, que la peau est très notablement amincie au niveau des macules; il paraît en être de même au niveau des macules du tronc, bien que, dans cette région, l'embonpoint de la malade ne permette que difficilement d'apprécier cette altération. Au membre supérieur droit, une plaque a disparu sans laisser aucun vestige; une autre n'est plus reconnaissable qu'à une légère teinte bistrée avec amincissement notable du tégument.

Au niveau des plaques prétibiales dont nous avons mentionné antérieurement l'exulcération, on voit aujourd'hui des cicatrices; celle du côté droit mesure huit centim. verticalement sur trois d'avant en arrière; sa couleur est d'un brun sombre; l'épiderme est ridé à sa surface; on y voit, par transparence, des vaisseaux dilatés; la peau est très amincie à son niveau; à sa périphérie, les parties sur lesquelles s'étendait auparavant la plaque sclérodermique sont lisses et amincies ; du côté gauche, une cicatrice semblable est surmontée d'une plaque d'induration scléreuse qui mesure 3 centim, verticalement sur un centim, transversalement; au tronc, les seules plaques de morphée qui restent décolorées et indurées sont situées sur le bord inférieur droit de l'ancienne plaque cervicale, au-dessous du sein droit, sur le côté gauche de l'abdomen, au niveau de l'entrecroisement des lignes ombilicale et mamelonnaire gauche; les grandes plaques sus-inguinales sont en voie de régression; celle du côté gauche présente à cet égard une particularité remarquable : tandis que, pour les autres plaques, la régression se fait graduellement de la périphérie vers le centre, les plaques indurées et décolorées diminuant ainsi d'étendue et étant entourées d'un cercle d'abord érythémateux, puis pigmenté, qui les envahit peu à peu, on constate que cette plaque scléreuse s'est pigmentée et a repris sa consistance normale dans sa partie centrale qui se déprime comme un doigt de gant sur une surface mesurant un centim. verticalement sur un demi-centim. transversalement : la régression s'accomplit donc, dans cette plaque, au centre en méme temps qu'à la péri-

Nous devons mentionner la présence, à la partie antéro-interne de la cuisse droite, d'une tache d'un rouge sombre peu accentué et très légèrement indurée; c'est ainsi, comme nous l'avons vu déjà, que se manifestent d'abord les plaques de nouvelle formation; enfin, depuis un mois, il se produit, sur les membres inférieurs, des taches violacées avec légère induration sous-dermique; elles s'effacent graduellement en prenant une teinte ecchymotique; il s'agit d'extravasations sanguines; la malade est soumise

à un traitement interne par le perchlorure de fer.

Des biopsies sont pratiquées, le 25 décembre, au niveau de la plaque sus-inguinale gauche et de la nouvelle plaque que nous avons signalée en haut de la cuisse droite : elles sont suivies d'une légère complication ; du collodion biioduré au 1/200 ayant été appliqué pour maintenir la baudruche destinée à l'occlusion des petites plaies, il en résulte une dermite caractérisée par de la rougeur, du gonflement et bientôt de la vésication suivie d'excoriations superficielles ; la malade est obligée de garder le lit et d'interrompre son traitement par les bains électriques et les courants faradiques. Or, le 18 janvier, nous reconnaissons qu'au niveau de ces excoriations, dans des parties qui auparavant étaient redevenues saines, l'induration scléreuse s'est reproduite : les surfaces sont encore colorées en rouge, mais déjà elles pàlissent dans leur partie centrale; ce sont de nouvelles plaques de morphée qui se sont développées sous l'influence de cette irritation accidentelle.

Notons enfin que l'induration scléreuse située au-dessus de la cicatrice du membre inférieur gauche s'est notablement étendue; son diamètre est actuellement de 5 centim.; la malade assure que chaque fois qu'elle suspend l'usage de l'électricité, les plaques de morphée restantes s'agrandissent.

L'état général demeure satisfaisant malgré l'éruption purpurique dont nous avons fait mention et qui ne se produit plus actuellement. La tégrit

No sions cas, étend La

avec il est si lor ratio des r

> plaq suffi d'un L' de la

> > sous

colo

l'ani

les y diffé grun plac mor tern espe

le t fair sup trac plac avo der troi

la d'u que les

des

La sensibilité et la motilité sont toujours, chez cette malade, en état d'intégrité parfaite.

Nous ne reviendrons pas sur le nombre non plus que sur les dimensions des plaques; nous ferons remarquer seulement que, dans aucun cas, elles n'avaient jusqu'ici été aussi nombreuses ni aussi étendues.

La disparition de l'induration seléreuse coïncide constamment avec une hyperhémie : les deux phénomènes marchent parallèlement; il est frappant de voir l'altération de ces vastes surfaces, qui pendant si longtemps avaient tranché sur les parties saines par leur décoloration et leur induration, n'être plus représentée aujourd'hui que par des macules d'un brun très foncé.

Il faut noter encore, dans ce fait, la facilité avec laquelle trois des plaques sont devenues le siège d'ulcérations persistantes : il a suffi, pour deux d'entre elles, d'une légère égratignure, pour l'autre d'une irritation par un courant faradique.

L'éruption de cette femme a présenté tous les caractères classiques de la maladie qu'a décrite Addison et qu'Erasmus Wilson a désignée sous le nom de morphæa alba plana; l'induration des plaques, leur coloration semblable à celle de vieille cire blanche légèrement jaunie, l'anneau lilas qui pendant longtemps les a entourées ne peuvent laisser de doutes à cet égard; nous devons dire cependant, que d'après les vues exprimées par notre collègue M. Vidal, ces éléments éruptifs différeraient de ceux de la morphée vraie par la restitution ad integrum des parties envahies ; ils appartiendraient à la sclérodermie en plaques; nous ne pouvons méconnaître que, dans certains cas, la morphée laisse à sa suite de véritables cicatrices, mais ce mode de terminaison ne nous paraît pas suffisant pour justifier la création d'une espèce morbide distincte; notre fait vient précisément nous apporter le témoignage que la régression des plaques de morphée peut se faire suivant des modes divers; nous avons vu, en effet, qu'au membre supérieur droit des plaques avaient disparu sans laisser la moindre trace, c'est la restitution complète ad integrum; mais pour les autres plaques il n'en a pas été de même; en dehors de la pigmentation, nous avons noté en diverses régions, un amincissement très notable du derme avec aspect lisse de la surface cutanée; enfin aux jambes, on trouve trois cicatrices consécutives à des ulcérations provoquées par des causes accidentelles réellement insignifiantes; nous trouvons ainsi réunies chez ce même sujet les caractères assignés par M. Vidal à la morphée et à sa sclérodermie en plaques; il s'agit suivant nous d'une seule et même maladie; il existe bien une sclérodermie en plaques indépendante de la morphée, mais ses caractères sont différents, les plaques sont alors moins nettement limitées, leur consistance est

inégale, le lilas ring fait défaut ou est peu prononcé, enfin et surtout il existe d'habitude concurremment des signes de sclérodermie généralisée et de scléro-dactylie: nous en avons actuellement un exemple des plus caractéristiques dans notre salle Lugol.

Nous avons vu que l'éruption s'était rapidement modifiée dans un sens favorable depuis l'entrée de la malade dans notre service; on sait que l'évolution rétrograde est la règle pour les plaques de morphée; aussi est-il très difficile d'apprécier les résultats de l'intervention thérapeutique dans cette maladie; nous ferons remarquer cependant que, chez cette femme, la maladie avait suivi une marche constamment progressive jusqu'au moment de son entrée à l'hôpital, qu'en quelques mois la plaque géante de l'abdomen a presque entièrement disparu, et que, d'après les remarques de la malade elle-même qui s'observe avec beaucoup d'attention et d'intelligence, l'altération progresse de nouveau si l'on vient à interrompre le traitement par l'électrisation : ce sont là tout au moins des présomptions en faveur de l'efficacité de ce traitement.

Nous publierons ultérieurement les résultats de l'examen histologique, particulièrement au point de vue de la recherche des bacilles de la lèpre.

Nous résumerons ainsi qu'il suit les conclusions de ce travail :

1º Les plaques de morphée peuvent atteindre des proportions très considérables et former, par exemple, une large ceinture embrassant la moitié du tronc ou un grand collier au-devant du cou:

2° Leur régression se caractérise d'abord par la substitution d'un érythème à la plaque indurée et décolorée; elles finissent donc comme elles ont commencé; cette substitution se fait le plus souvent de la périphérie vers le centre de la plaque; elle peut commencer également par sa partie médiane;

3° A cet érythème, succède rapidement une pigmentation d'un brun foncé qui pâlit très lentement et peut finir par s'effacer entièrement :

4° Les plaquee de morphée s'excorient et s'ulcèrent avec une grande facilité sous l'influence de causes accidentelles insignifiantes:

5º Elles laissent le plus souvent à leur suite un amincissement très notable du tégument;

6° Quand il y a eu ulcération, c'est une cicatrice pigmentée et indélébile qui se produit;

7° Le traitement par les bains électriques et la faradisation paraît contribuer efficacement à produire la régression de ces plaques.

set

(de

ho a é

no

pa

la i

pér

dis du

sur

la p

gne

par

I

de

et l

éro

inte

rieu

stri

extra 25 c

cha

à p

Linte

A

A

## Syphilis familiale.

Par L. HUDELO.

La malade que j'ai l'honneur de vous présenter est intéressante, non seulement par le siège extra-génital des lésions de début de sa syphilis (de pareils faits sont bien connus), mais aussi par les circonstances de la contamination, qui font de la malade la victime inconsciente et honnète d'une syphilis apportée par une parente, et dont son enfant a été l'intermédiaire.

Notre malade est entrée, le 31 décembre 1892, dans le service de notre cher maître, le professeur Fournier, avec les lésions suivantes :

D'abord, trois chancres indurés du sein droit, l'un siégeant à la partie la plus élevée du sein, à l'union de la région mammaire et de la région sternale, de forme elliptique, à base indurée comme du parchemin, à surface croûtelleuse, en voie de réparation, tandis que la périphérie est déjà cicatrisée; deux autres chancres, originairement distincts, aujourd'hui fusionnés, siègent immédiatement au-dessus du mamelon droit sous forme d'une grande lésion érosive de 4 cent. sur 3, dure de base, dont la périphérie s'épidermise déjà, tandis que la plus grande partie de la surface est rouge, chair musculaire, bourgeonnante.

Ces chancres ne sont ni douloureux, ni prurigineux. Ils s'accompagnent, sous l'aisselle droite, d'une adénopathie satellite, ceractérisée par la présence d'un gros ganglion du volume d'une noix, dur, mobile, indolent, roulant sous le doigt.

Depuis quelques jours seulement, la malade présente une éruption de taches érythémateuses, roséoliques, prédominante sur les cuisses et l'abdomen; sur les deux amygdales, des érosions opalines, une autre érosion semblable sur le pilier antérieur gauche du voile du palais.

A la vulve, nous notons deux petites papules érosives (une à la face interne de chaque grande lèvre), sans vestige aucun de chancre.

Adénopathie inguinale très légère, adénopathie cervicale postérieure.

La malade était de plus, à son entrée, atteinte d'une phtiriase intense, capitis et corporis, reconnaissable encore aux nombreuses stries de grattage qu'elle présente.

Il est bien évident qu'il s'agit dans ce cas d'une syphilis à début extra-génital, par le sein; la roséole datant à peu près du 20 au 25 décembre, il faut faire remonter du 5 au 10 novembre le début des chancres, aujourd'hui d'ailleurs en pleine voie de cicatrisation; c'est à peu près la date que nous indique la malade, dont les renseignements chronologiques sont d'ailleurs assez confus. Ceci nous amène

à affirmer que la contamination virulente s'est produite vers le 10  $_{
m 00}$  le 15 octobre.

Or, à cette date, l'enfant de la malade, qui est actuellement dans notre service et qu'une bronchite rend difficilement transportable, était allaitée par sa mère (elle est âgée de deux ans) et présentait à la lèvre supérieure, dans sa moitié droite, à un centimètre environ de la commissure, un bouton pour lequel sa mère la conduisit à la consultation de l'hôpital Trousseau; l'enfant séjourna sept semaines dans cet hôpital, et en sortit couverte d'une éruption syphilitique non éteinte encore.

Actuellement, nous constatons chez l'enfant, sur la lèvre au point indiqué plus haut, une cicatrice à la fois cutanée et muqueuse, encore indurée, et plusieurs ganelions durs, mobiles le long de la branche inférieure droite du maxillaire inférieur; sur le corps, une éruption abondante surtout aux membres inférieurs, de petites papules cuivrées, squameuses, dont bon nombre sont aujourd'hui en voie de régression, laissant à leur place des macules violacées; point de lésions plantaires, ni palmaires; pas de lésions des muqueuses.

Cette enfant, très affaiblie, couverte de poux, ne présente d'autres lésions viscérales qu'une bronchite intense.

Ainsi donc, de la confontration de la mère et de l'enfant, de l'examen comparé des diverses lésions dont ils sont porteurs et des dates de début de ces lésions, il résulte que la mère a reçu la syphilis de son enfant, qu'elle a été contaminée par lui au sein droit, en l'allaitant, grâce à un chancre syphilitique de la lèvre dont il était porteur au mois d'octobre.

Il nous restait à chercher l'origine de la syphilis de l'enfant, syphilis nettement acquise par contagion.

La mère nous apprit que, pendant les mois de juillet à octobre, obligée par son travail de quitter son enfant du matin au soir, elle la laissait continuellement aux soins d'une sœur venue à cette époque habiter avec elle; or, cette sœur était manifestement syphilitique, puisqu'elle avait été soignée, du 25 mai au 13 juin 1892, dans cet hôpital pour des accidents de syphilis secondaire, dont elle n'était pas guérie encore à sa sortie de l'hôpital; elle eut d'ailleurs quelque temps après son exeat, mal à la gorge et à la bouche.

La syphilis a donc été apportée, dans cette famille de trois personnes vivant ensemble, par la sœur de la mère qui infecta d'abord l'enfant vraisemblablement en l'embrassant; l'enfant ensuite infecta sa mère, dès qu'il présenta à la lèvre une lésion contagieuse. Sur ces trois cas de syphilis familiale, deux sont à début extra-génital et rentrent dans le groupe des syphilis, qu'on peut appeler avec M. Fournier, les syphilis honnêtes, suites d'une contamination non vénérienne.

Je

Le

### Lésions syphiloïdes de la bouche et de la langue.

Par M. MOREL-LAVALLÉE.

I. — Glossite (probablement antipyrinée) simulant les plaques muqueuses agminées.

Je fus appelé, il y a près d'un an, auprès d'une jeune femme chez laquelle je constatai par hasard sur le dos de la langue une zone dépapillée, rouge lisse, luisante. à contours régulièrement polycycliques et reproduisant idéalement l'aspect d'un placard de syphilides muqueuses secondaires. Cette dame attribua alors sa lésion linguale, dont elle n'avait même pas constaté le début récent, vu l'absence de symptômes fonctionnels, à une médication antipyrinée intense et prolongée qu'elle venait de subir. L'antipyrine lui avait, paraît-il, déjà joué un tour semblable.

Cette dame n'avait jamais eu d'accidents syphilitiques antérieurement,

elle a, du reste, contracté la vérole tout dernièrement.

Le placard lingual guérit spontanément dans l'espace de 4 à 6 semaines sans que j'aie pu suivre son évolution, la malade n'habitant pas Paris. Je ne pus donc que constater, un mois après, le retour progressif de la muqueuse à l'état normal.

## II. — Chancres herpétiformes de la lèvre inférieure et herpès guttural. Herpès fébrile et herpès symptomatique.

Une jeune femme me fut, l'an dernier, amenée dans mon cabinet par son mari qui lui avait vu, depuis 2 jours, à la lèvre inférieure, deux érosions ovalaires herpétiformes; ce monsieur, jadis étudiant en médecine, les soupçonnait de pouvoir être des chancres et craignaît d'avoir pu lui-même s'être 
exposé à la contagion. Je conseillai la vaseline pure et l'expectation; mais 
24 heures après, je fus mandé chez ces personnes et trouvai la dame 
atteinte d'une angine herpétique tonsillaire, confluente, suraiguë, laquelle 
évolua en 15 jours avec des phénomènes généraux graves, voire pseudotyphoïdes. J'insiste sur ce fait que la nature de l'angine ne pouvait être 
mise en doute. Je me trouvai, dès lors en présence des hypothèses suivantes:

1º Les érosions labiales étaient des vésicules herpétiques prémonitoires aberrantes;

2º C'étaient des chancres avec lesquels était venue coı̈ncider une angine herpétique :

3° C'étaient des chancres, et l'herpès guttural. symptomatique, s'était montré ici (exceptionnellement) fébrile, ce qui est contraire à tout ce que nous savons de l'herpès symptomatique.

Me ralliant naturellement à l'idée la plus simple, je dis au mari qu'il pouvait vraisemblablement se rassurer, et que ces lésions labiales n'étaient sans doute que des vésicules aberrantes, qu'il fallait toutefois surveiller pour éviter tout danger.

L'angine évolua donc, se cicatrisa, et les érosions labiales parurent en

ANN. DE DERMAT. - 3º Sie. T. IV.

faire autant. Puis la malade partit aux bains de mer, où j'appris qu'elle vit se développer deux chancres à sa lèvre, bientôt suivis d'accidents secondaires sérieux, et de cette forme de la maladie que j'ai proposé, en 1888, d'appeler syphilis secondaire intense précoce.

Indépendamment des difficultés de diagnostic que j'ai, dans ce cas, rencontrées, j'insisterai sur deux points spéciaux à propos de cette observation :

Ces 2 chancres labiaux ont donné lieu chacun à une infiltration nodulaire de la lèvre; ces tumeurs, dans les 6 mois, ont subi plusieurs poussées de turgescence. se sont exulcérés et eussent vraisemblablement évolué comme des sypholomes chancriformes récidivants ulcératifs gommeux, si je ne fusse intervenu par un traitement intensif allant jusqu'aux injections fessières de calomel répétées.

Je crois le syphilome chancriforme de récidive exceptionnel en dehors de la sphère génitale.

En second lieu la malade a été, depuis le début de la période secondaire, et est encore en proie à des syphilides amygdaliennes incessantes (qui constituent la seule manifestation de la maladie) en dépit du traitement. Aussi à propos d'elle en suis-je à me demander s'il n'y a pas lieu d'admettre:

1º La gravité plus grande, pour l'avenir des syphilitiques, des chancres céphaliques.

2º L'influence du siège de l'accident primitif comme cause d'appel des syphilides ultérieures, et en particulier secondaires, dans la région où celui-ci s'est développé.

Je tends à incliner pour l'affirmative, surtout en ce qui concerne le second point; dans le même ordre d'idées, je dirai que j'ai plusieurs fois constaté autour de la sclérose initiale, avant la roséole, l'apparition précoce d'éléments papuleux. L'existence de semblables phénomènes m'a paru présager une syphilis forte.

Je serais heureux de savoir ce qu'en pensent MM. Fournier et Besnier.

M. A. Fournier. — Il faudrait des recherches statistiques bien faites pour pouvoir répondre à M. Morel-Lavallée. Je ne crois pas, autant qu'il m'en souvienne, que l'existence d'un chancre soit une cause d'appet local pour les syphilides, en cette même région. Nous ne voyons guère, par exemple, que le chancre mammaire des nourrices appelle avec prédilection des plaques muqueuses du sein.

En ce qui concerne les lésions linguales, leur difficulté de diagnostic est énorme, et d'une importance capitale, sociale même. Il me semble certain que les sujets syphilitiques traités peuvent présenter à longue échéance des lésions linguales de ce genre, par exemple, des rougeurs disséminées, dépapillantes, mal circonscrites. J'ai vu avec M. E. Besnier pas mal de

po

BO

un

sy

inc

às

en

ace à l

s'a

par

per

fré

dès

plu

mê

ces

pla 6 a

I

les

qui

fait

prè

tro

m'a

cas de ce genre. Sont-ce là des syphilides, ou bien des lésions para ou post-syphilitiques? Je n'en sais rien, et cela mérite des recherches nouvelles.

La question du mariage qui est si souvent posée à cette occasion me paraît actuellement insoluble; j'ignore absolument si ces lésions sont ou non contagieuses.

- M. Feulard. Ne semble-t-il pas que ces lésions aient une sorte de prédilection pour les malades longtemps traités?
- M. A. FOURNIER. J'en ai vu beaucoup chez des sujets longtemps traités, et le traitement n'a aucune influence sur elles. Ce sont peut-être des lésions d'origine, mais non de nature syphilitique. Je serais tenté de les rapprocher de ces érythèmes tertiaires rebelles à tout traitement.
- M. BARTHÉLEMY. Les faits que vient de citer M. Fournier me rappellent un cas exactement semblable que j'observe et que je suis en ce moment en ville. Il s'agit d'un jeune homme qui a contracté la syphilis il y a 6 ans, syphilis de moyenne intensité mais traitée seulement quatre mois après le début du chancre. Or, sans qu'il y ait d'autre symptôme nulle part ailleurs, il se montre depuis deux ans sur le dos de la langue des poussées incessantes de lésions analogues à celles que vient de décrire M. Fournier, à savoir des zones où la muqueuse, dénudée de son épithélium, apparaît en taches lisses, luisantes, vernissées, à peine crevassées, sans induration, sans éruption; c'est la « prairie fauchée » fréquente lors des premiers accidents secondaires; c'est la muqueuse en peau de tigre; mais c'est à la 6º année et sans autre symptôme. Il est bien entendu qu'il ne saurait s'agir ni de leucoplasie ni des plaques desquamatives de Caspary, ni des parasites de Van Lair, etc. Le traitement spécifique agit d'une manière peu efficace et sans netteté; les écarts de régime, l'embarras gastrique fréquent chez cet arthritique, donnent facilement une épaisse saburrhe et, dès que celle-ci tombe, les plaques réapparaissent avec leur ténacité ou plutôt leur renouvellement décourageant, car elles disparaissent avec la même facilité qu'elles reviennent. Je suis très embarrassé pour savoir si ces lésions relèvent ou non de la syphilis ; en tout cas, elles n'ont rien de commun avec les lésions secondaires ordinairement observées et décrites, plaques érosives ou crevassantes, si tenacement récidivantes, même après 6 ans, comme j'en ai vu un cas l'an dernier, causer encore une contagion.

Et pourtant la question est importante. Faut-il continuer et redoubler les doses des agents spécifiques? Puis-je donner la permission médicale, — qui m'est réclamée depuis deux ans et que je n'ai pas encore osé accorder — du mariage? Puis-je assurer qu'il n'y a pas danger de contagion? Un fait vient encore augmenter mon embarras: depuis trois ans, ce jeune homme a une maîtresse que j'ai examinée souvent et que j'observe de près. Or, cette jeune femme n'a jamais eu la syphilis autrefois et depuis trois ans, elle n'a été atteinte d'aucune espèce d'accident, même suspect.

Je le répète, je ne sais pas s'il s'agit là d'accidents relevant directement de l'infection spécifique et partant contagieuse; M. Fournier, consulté, m'a conseillé la prudence et le mercure, mais n'a pas été pour le fond de la question plus affirmatif. Ces cas sont donc d'une grande difficulté et rentrent dans la catégorie de ceux sur lesquels M. Morel-Lavallée vient d'attirer l'attention.

M. E. Besnier. — Sur la question de savoir si la gravité des chancres muqueux l'emporte sur celle des chancres cutanés. Je réponds *oui*, sans hésiter. De même aussi il n'est pas douteux pour moi que l'atmosphère du chancre initial ne soit particulièrement prédisposée à des accidents qui lui font immédiatement suite.

Enfin, en ce qui concerne les lésions linguales signalées par M. Barthélemy, je suis fort tenté aussi de les considérer comme cas rédhibitoire du mariage, et j'ai vu, tout récemment, dans ces conditions, un cas de contamination conjugale directe huit ans après le début de la syphilis.

La séance est levée.

Le secrétaire :

L. JACQUET.

CO

da

De

re
en
le
nie
gé
pa
ell
pr
de
se
de
éte

n'a de pr né sa

## REVUE DES PUBLICATIONS PÉRIODIQUES

#### REVUE DE DERMATOLOGIE

Condylomes. — A. Ducrey et M. Oro. Contribuzione all'istologia patologica, etiologia e patogenesi del condiloma acuminato. (Riforma medica, 7 juin 1892, p. 639.)

Dans cette note préliminaire, les auteurs font connaître qu'ils n'ont pu constater dans les condylomes acuminés, en fait de parasites microbiens, que des micro-organismes sans valeur pathogène, mais qu'ils y ont rencontré des figures coccidiennes semblables à celles découvertes par Darier dans la psorospermose folliculaire végétante.

Georges Thibierge.

Dermatite herpétiforme. — George T. Elliot. Three cases of Dermatitis herpetiformis originating from causes connected with the uterine organs. (The American Journal of the medical sciences, novembre 1892, p. 553.)

Dans l'observation I, il s'agit d'une femme âgée de 35 ans, qui consulta l'auteur en juillet 1890; elle avait toujours été bien portante jusqu'à l'âge de 25 ans, époque à laquelle elle eut des crises de dyspepsie, crises qui reparaissent encore de temps en temps. Mariée à 24 ans, elle a eu trois enfants, le second 5 ans après le premier, le troisième quatre ans après le second. Sa maladie de peau a commencé le troisième mois de sa dernière grossesse; elle a débuté par les pieds; puis elle s'est rapidement généralisée sous la forme d'élevures fort prurigineuses, qui apparaissaient par poussées successives. Au 5º mois de sa grossesse son mari mourut, et elle eut toute sorte de peines et d'ennuis. Aussitôt l'éruption s'aggrava : il se produisit des poussées éruptives nouvelles de diverses formes, le prurit devint absolument intolérable; enfin elle accoucha prématurément au septième mois. Il y eut alors une amélioration de courte durée : au bout de quelques semaines il survint une rechute, et depuis lors l'affection n'a été qu'une série ininterrompue de poussées et de périodes de calme relatif.

Ces dernières sont constamment abrégées par les émotions morables de quelque nature qu'elles soient. Avant le mois d'avril 1890 les éruptions n'avaient consisté qu'en plaques érythémateuses, groupes de papules et de vésicules : en avril 1890 elle eut une poussée très violente et pour la première fois elle vit survenir des bulles. A cette époque l'affection cutanée durait déjà depuis deux ans environ; la santé générale était bonne, sauf quelques crises accidentelles de dyspepsie.

L'auteur donne ensuite la description de l'éruption telle qu'il la vit en juillet 1890 : elle ne présente rien qui diffère des autres descriptions de

dermatite herpétiforme. Pendant qu'il a eu cette malade en observation, il a pu constater chez elle l'existence avant et pendant les poussées d'une hyperidrose généralisée fort abondante, surtout marquée aux mains, aux pieds et aux aisselles. Pendant tout le temps qu'il eut à la soigner jusqu'en septembre 1890 il n'obtint aucun résultat notable par aucun traitement. Mais plus tard, vers décembre 1890, l'état moral de la malade s'améliora : on lui vint en aide, on se chargea de ses enfants; elle-même put mieux gagner sa vie ; aussitôt son affection cutanée se mit à décroître d'intensité, et en avril 1891, tout phénomène éruptif avait disparu ainsi que tout prurit. Depuis lors jusqu'en mars 1892, époque à laquelle l'auteur la vit pour la dernière fois, la guérison s'est maintenue.

Le Dr Elliot fait remarquer que l'aspect de l'éruption au début, que les conditions (grossesse) dans lesquelles elle s'est produite, portent à classer cette dermatose dans l'herpes gestationis. Mais c'est le premier cas connu dans lequel l'herpes gestationis ait persisté après la puerpéralité dès la première attaque. Dans les autres cas publiés jusqu'à ce jour, ce n'a été qu'après plusieurs attaques coïncidant avec des grossesses successives, séparées par des périodes d'accalmie complète, que l'affection a pris des allures chroniques et a persisté en dehors de la puerpéralité. L'auteur croit qu'il faut chercher les raisons de cette anomalie dans l'état névropathique de la malade et dans les terribles émotions qu'elle a subies au 5° mois de sa grossesse, lors de la mort de son mari, lors de son avortement et lorsqu'elle voyait qu'elle ne pouvait parvenir par son travail à subvenir à ses besoins et à ceux de ses enfants. En somme, l'auteur pense que les causes de l'affection ont été ici multiples; que lorsque l'une d'entre elles, la grossesse, a cessé d'exister, les autres (chagrins et soucis) ont pris une telle intensité qu'elles ont suffi pour faire continuer les phénomènes morbides. Il fait remarquer avec insistance que dans ce cas les rechutes et les aggravations des phénomènes éruptifs étaient directement en rapport avec l'augmentation des peines morales. Il en tire la conclusion toute naturelle que ce fait démontre les liens étroits qui rattachent l'herpes gestationis à la dermatite herpétiforme.

L'auteur possède déjà dix-huit cas personnels de dermatite herpétiforme; leur étude attentive lui a démontré que pour déterminer l'apparition de la maladie il suffit, chez une personne prédisposée, d'une cause accidentelle quelconque, telle qu'une émotion, une perturbation du système nerveux, un accès de fièvre paludéenne, la ménopause, etc..., qui vient troubler l'équilibre du système nerveux. Il ne voit pas pourquoi la grossesse ne pourrait pas jouer le même rôle. Dès lors l'herpes gestationis devrait être complètement rangé dans la dermatite herpétiforme.

Ces idées sont confirmées par les deux autres observations qu'il publie. Dans l'observation II la dermatite herpétiforme fit son apparition lors de la ménopause, et les poussées devinrent fort accentuées dès le moment où les règles furent complètement supprimées. Dans l'observation III, les dernières règles eurent lieu en mai 1887; en juin de la même année se produisirent les premiers phénomènes de la dermatite herpétiforme sous forme de sensations de prurit et de brûlure, et deux ou trois semaines plus tard survinrent les bulles. Ces deux cas prouvent, d'après l'auteur, que la

app

affe

étic

(

ont

loc

du

sur

not

ges

les

qu

ne

ch

ide

du

po

pa

ide

ter

Ec

do

ét

ex

lo

83

as

1

L

dermatite herpétiforme peut avoir pour causes déterminantes de son apparition d'autres troubles utérins que la grossesse.

L'auteur expose ensuite les motifs qui l'engagent à considérer cette affection comme une dermatoneurose, hypothèse à laquelle nous nous étions ralliés dès 1888.

Quant au traitement, le Dr Elliot est convaincu qu'il n'existe pas un seul moyen thérapeutique efficace. Il faut étudier les circonstances qui ont paru provoquer la maladie et tâcher de les supprimer. Au point de vue local, l'ichtyol est la substance qui lui a paru le moins mal réussir.

Nous sommes pour notre part tout disposé à accepter la manière de voir du Dr Elliot à propos de l'herpes gestationis. Dès 1888, dans notre travail sur la dermatite herpétiforme paru dans ce recueil, voici en effet comment nous nous exprimions dans une longue discussion sur la nature de l'herpes gestationis (Annales de dermatologie, 1888, p. 517): « Il semble que chez les sujets atteints de dermatite polymorphe prurigineuse chronique (dermatite herpétiforme) il se produise subitement, sous des influences qui ne sont encore que peu ou point connues, une irritation du système nerveux permanente, semblable à celle qui se développe passagèrement chez les femmes à l'occasion de leur grossesse. Les effets sont presque identiques, mais les causes ne sont pas les mêmes ». On voit que la théorie du Dr Elliot est contenue dans ces quelques lignes : aussi n'avons-nous point de peine à l'adopter. Les cas qu'il publie, surtout le premier, nous paraissent être d'une importance capitale pour la démonstration de ces idées; et il nous semble bien difficile de continuer maintenant à faire de la dermatite herpétiforme et de l'herpes gestationis deux affections complètement distinctes.

Eczéma d'origine nerveuse. — Cuthbert R. Barham. A study of neurotic eczema in adults. (Medical Record, 9 juillet 1892, p. 37.)

L'auteur publie huit cas d'éruption eczémateuse à aspect assez spécial, à propos desquels il émet les considérations suivantes. Parmi les troubles divers que ces malades ont présentés le symptôme le plus frappant, et sans doute celui qui avait le plus d'influence sur la production de l'éruption, était une faiblesse générale du système nerveux. Cette particularité a été expressément notée dans les sept premières observations, et le huitième sujet était manifestement atteint d'asthme essentiel.

L'apparition des éruptions a été précédée d'une période plus ou moins longue de soucis d'affaires ou de souffrances mentales : que ces dernières aient été causées par une maladie chronique, par des privations, des chagrins, etc., peu importe; le résultat a toujours été le même, c'est-à-dire que dans chaque cas on a observé cet état spécial de faiblesse générale du système nerveux connu sous le nom de neurasthénie; les processus normaux de la vie s'accomplissent dans ces conditions-là avec trop ou pas assez d'intensité, ou bien avec la plus grande irrégularité. Il en résulte des troubles fonctionnels qu'ont présenté la plupart des malades de l'auteur, en particulier des congestions de la peau souvent limitées en des régions bien circonscrites. Parfois on observe dans ces cas des para-

lysies vaso-motrices plus ou moins persistantes, et ces phénomènes doivent naturellement se produire aux endroits qui sont le plus exposés aux influences qui déterminent les érythèmes cutanés, ou bien à ceux qui sont normalement riches en capillaires. D'ailleurs il faut bien reconnaître qu'à l'heure actuelle il est encore impossible d'aller bien loin dans cette étude à cause de l'imperfection de nos connaissances sur les nerfs trophiques. Il est probable néanmoins que le rôle du système nerveux dans la genèse de l'éruption eczémateuse doit dépendre surtout de son action sur le système vaso-moteur et sur la nutrition.

L'auteur passe ensuite à l'examen de certaines causes accessoires qui interviennent pour favoriser le développement de la dermatose : la constipation qui peut agir par voie réflexe et par absorption de substances toxiques provenant des matières non excrétées; les indigestions stomacales et intestinales qui agissent par l'intermédiaire du grand sympathique pour produire des congestions faciales, de l'urticaire; les troubles génito-urinaires qui agissent également par voie réflexe, les maladies générales qui frappent le système nerveux comme la grippe, etc.

Le Dr Barham examine quel a pu être le rôle des agents externes dans chacun de ses cas : dans la première observation il n'y a aucun commémoratif d'irritation locale externe; les urines renfermaient des urates et le malade avait eu antérieurement des rhumatismes; aussi peut-on se demander si l'éruption n'était pas due à la rétention dans l'organisme de produits excrémentitiels, tels que l'acide urique, etc.; mais l'affection cutanée n'avait pas l'aspect objectif des éruptions dites rhumatismales ; de plus, les troubles nerveux divers présentés par le malade ont toujours été suivis d'une recrudescence des symptômes morbides, tandis qu'ils ont cédé à une médication appropriée. Dans la 2º observation on ne trouve également que des antécédents de nervosisme ; dans la 3e et la 4e les antécédents sont peu précis, mais l'aspect objectif des lésions et leurs récidives constantes écartent toute idée d'éruptions de cause externe; dans la 5°, la 6° et la 7°, les antécédents de nervosisme sont des plus évidents, dans la 5° en particulier les poussées éruptives coıncidaient fort nettement avec des troubles digestifs et des périodes d'excitation nerveuse excessive.

L'auteur admet cependant que certaines influences extérieures ont pu peut-être intervenir pour provoquer l'apparition des éruptions: mais à coup sûr leur rôle n'a été ici que secondaire, et à elles seules elles n'auraient pas été capables de produire une dermatose symétrique, siégeant surtout vers les surfaces d'extension, disposée en placards nettement limités. Pour lui, c'est le système nerveux vaso-moteur qui joue ici le rôle principal: ce qui le prouve, ce sont: 1° la symétrie des lésions; 2° les bords nettement limités des plaques éruptives; 3° la localisation de ces lésions aux surfaces d'extension des membres et au visage; 4° dans quelques cas la circonscription de l'éruption au territoire de certains groupes de ners.

Le Dr Barham entre ensuite dans toute une série de considérations sur les effets réflexes de la constipation, des troubles digestifs; il tâche d'expliquer comment il se fait que tous ceux qui présentent ces symptômes n'ont pas d'éruptions eczémateuses, comment l'exsudation arrive à se produire, pourquoi l'éruption se cantonne à tel ou tel point, etc.

C

sita

mer

gul

son

vés

ave

et,

Il f

ces

ces

Le

soi

str

SOL

la

vo

m

re

tà

te

de

de

É

Cette forme particulière d'eczéma diffère, d'après lui, de l'eczéma parasitaire; certes, dans ce dernier on trouve aussi des plaques à bords nettement arrêtés, mais elles ne sont nullement symétriques; elles sont irrégulières de forme, présentent rarement une infiltration marquée; elles ne sont pas composées comme ici d'une agglomération de papules et de vésicules; elles s'accroissent par l'extension graduelle de leurs bords avec affaissement du centre, tandis qu'ici les lésions primitives persistent, et, si l'affection gagne, c'est par production d'éléments éruptifs nouveaux, Il fait ensuite le diagnostic différentiel d'avec les eczémas d'origine traumatique, les eczémas chroniques circonscrits, les eczémas rhumatismaux ou goutteux, l'eczéma séborrhéique, l'eczéma marginé, et il montre que ses cas ne peuvent, au point de vue objectif, nullement rentrer dans un de ces groupes.

Comme traitement interne l'auteur prescrit d'abord le repos complet, la cessation absolue des affaires obsédantes, le calme moral et intellectuel. Le malade doit aller régulièrement chaque jour à la garde-robe et avoir des digestions parfaites; on doit pratiquer l'examen complet du sujet et soigner tout organe dont le mauvais fonctionnement peut être le point de départ d'un réflexe. Comme médicaments, il conseille le phosphore et la strychnine. L'ergot de seigle lui a donné d'excellents résultats, grâce à son action sur les vaso-moteurs. Il croit que des courants galvaniques sur la colonne vertébrale devraient être essayés dans les cas rebelles.

Au point de vue du traitement local nous n'avons à relever dans sa pratique que les applications d'ergot de seigle lorsque les phénomènes con-

gestifs sont très accentués.

Ce mémoire serait digne d'une longue et sérieuse critique; nous ne voulons pour le moment que signaler la tendance actuelle de plus en plus marquée de l'école américaine à se rapprocher de l'école française et de remonter au delà de la lésion locale, de l'aspect purement objectif, pour tâcher de comprendre l'origine, l'essence même de la maladie. Certes, ces tentatives sont plus ou moins heureuses; elles reposent sur des arguments de plus ou moins de valeur; mais peu à peu, nous en sommes convaincus, elles auront des bases de plus en plus sérieuses, et elles nous conduiront progressivement à une connaissance plus parfaite et surtout plus logique des dermatoses d'origine interne.

L. B.

Éléphantiasis. — Guyor. Un cas d'éléphantiasis indigène observé à Brest. (Archives de médecine navale et coloniale, septembre 1892, p. 192.)

Homme de 20 ans, originaire du département du Finistère, qu'il n'a jamais quitté. Il y a 4 ans, au mois d'avril, après avoir pris un bain de pied dans un ruisseau bourbeux, développement, sur la partie moyenne et antérieure de la jambe gauche, d'une plaque rouge, accompagnée de fièvre; ces phénomènes disparaissent le lendemain, mais il reste un œdème léger de la jambe, qui persiste depuis lors en augmentant lentement d'abord, puis beaucoup plus vite depuis deux ans ; à deux ou trois reprises, nouvelles poussées lymphangitiques analogues. Le membre inférieur

gauche a l'aspect de l'éléphantiasis, avec prédominance des lésions sur la jambe. Le sang, examiné à plusieurs reprises, ne renferme pas de filaire. Pas de syphilis, ni de paludisme.

L'auteur conclut de ce fait que l'éléphantiasis peut se développer en dehors des pays chauds et même en dehors de la saison chaude en France, que le moustique des pays chauds n'est pas l'intermédiaire obligé de la contagion, que la filaire n'est pas la condition sine quá non du développement de l'éléphantiasis. Il incline à penser, ce qui est très contestable, que cette affection est une trophonévrose.

Georges Thibierge.

Épithelioma. — Guermonprez et Cocheril. Deux opérations d'épithélioma du pavillon de l'oreille suivies d'autoplastie. (Journal des sciences médicales de Lille, 12 août 1892, p. 145.)

Les auteurs recommandent de ne pas pratiquer l'exérèse pure et simple des épithéliomas du pavillon de l'oreille qui aurait pour résultat d'amener une difformité ou tout au moins une forme disgracieuse du pavillon de l'oreille; ils excisent une portion triangulaire du fibro-cartilage par la méthode sous-cutanée ou même sous-périchondrique.

Georges Thibierge

Érythème noueux. — Moncorvo. Sur l'érythème noueux palustre. (Gazette hebdomadaire de médecine et de chirurgie, 11 juin 1892, p. 281.)

L'auteur rapporte deux nouvelles observations d'impaludisme avec développement, au cours des accès, de nodosités rouges, offrant l'aspect de l'érythème noueux (érythème noueux palustre d'Obedenare et de Boïcesco); contrairement aux faits de Boïcesco dans lesquels les lésions occupaient la partie antérieure des avant-bras et des jambes et respectaient la tête et la face, il les a observées sur la face, le front, les tempes et les oreilles.

L'ensemble des observations semble prouver que cette manifestation ne s'observe que chez les enfants, entre 3 mois et 11 ans; cependant il l'a vue débuter à l'âge de 8 ans et se reproduire jusqu'à l'âge de 17 ans. Dans tous les cas, la quinine a été d'une efficacité notoire et a amené la régression immédiate puis la complète disparition des accidents cutanés.

Georges Thibierge.

Para. Deux cas de contagion de l'érythème noueux. (Gazett: hebdo-madaire de médecine et de chirurgie, 23 juillet 1892, p. 354.)

Ces deux observations, qui mériteraient plutôt le titre « Un cas de contagion de l'érythème noueux », doivent être rapprochées des faits publiés par M. Lannois (Annales de Dermatologie, 1892, p. 585). Il s'agit de deux sœurs, âgées l'une de 12 ans, l'autre de 4 ans, dont l'aînée était atteinte d'érythème noueux et dont la plus jeune, qui couchait dans le même lit depuis neuf jours, fut prise à son tour de la même affection.

Georges Thibierge.

Favu

front, tion of rouge godet ment temes rente du co peau

plaque de la de la de se natur mala consi

gnos'
d'aut

Hydi (Je jan Il :

homi

ques

Le cou, loppe pois, elles l'épie

nodu 30 ces o

dern

Un ces l du d Favus. — Denville. Un cas de favus épidermique. (Journal des sciences médicales de Lille, 15 juillet 1892, p 49).

Garçon de 4 ans, présentant depuis 15 jours des croûtes jaunes sur le front, puis sur le cou. Sur le front, ces croûtes sont formées par l'agglomération de godets caractéristiques de favus, autour desquels la peau est assez rouge et squameuse; à l'angle interne de l'œil, une plaque grisâtre sans godet, mais présentant à saface adhérente la teinte jaune du favus ; sur le menton, tache arrondie, de la largeur d'une pièce d'un franc, à bords nettement arrêtés, d'un rouge assez vif, avec une fine desquamation peu adhérente à sa surface, sans vésicules ni points jaunes; sur la moitié gauche du cou, cercle rouge de desquamation dont le centre a la couleur de la peau saine, mais est seulement un peu squameux, et ressemblant à une plaque de trichophytie circinée sans vésicules périphériques et sans saillie de la bordure. On constate la présence de l'achorion au niveau des lésions de la face : mais, l'indocilité de l'enfant n'ayant pas permis de recueillir de squames au niveau de la lésion du cou, il est impossible d'affirmer sa nature favique; cependant la coexistence de lésions faviques sur le même malade et sur des régions voisines est en faveur de ce diagnostic ; l'auteur considère ce fait comme un nouvel exemple de favus circiné, dont le diagnostic objectif avec la trichophytie serait impossible sans la présence d'autres lésions faviques, plus caractéristiques. GEORGES THIBIERGE.

Hydrosadénite. — Politzer. Hydrosadénite destructive suppurante. (Journal of cutaneous and genito-urinary diseases, nº 1, janv. 92, p. 9.)

Il s'agit d'une affection cutanée datant de quatre mois, apparue sans cause appréciable, et s'étant à peine modifiée depuis son début. C'est un homme bien portant, sans aucun antécédent héréditaire, sujet à des attaques nerveuses de nature hystérique, n'ayant jamais eu aucune affection cutanée.

Le malade, âgé de 20 ans, présente une éruption occupant la face et le cou, et dont les éléments se présentent aux différentes phases de leur développement. Ce sont: 1° de petites nodosités saillantes, du volume d'un pois, rougeâtres avec le centre plus ou moins coloré en jaune, comme si elles contenaient du pus; sur d'autres la couche cornée est fendillée, et l'épiderme se desquame en cercles concentriques.

2º De petites croûtes décolorées au centre des points où ont existé des nodules.

3º Des cicatrices arrondies, légèrement déprimées, décolorées par places et atteignant un centimètre de diamètre.

On peut également reconnaître qu'il existe dans la partie profonde du derme ou dans la couche sous-cutanée de semblables nodosités roulant librement sous le doigt, indolores et ne donnant lieu à aucun phénomène.

Une observation de plusieurs semaines montra l'évolution complète de ces lésions. C'est au début un nodule sous-cutané occupant la profondeur du derme, dont la superficie ne présente aucune altération; en quinze jours environ ce nodule atteint le volume d'un pois, et forme une saillie à la surface de la peau, qui rougit, devient un peu douloureuse, puis peu à peu se fendille, envahie alors dans toute son épaisseur. A ce moment l'incision laisse sortir quelques gouttes de pus, puis l'affection rétrograde. Abandonnée a elle-même cette petite tumeur ne tarde pas à s'ouvrir spontanément, et le pus peut former en se desséchant, une croûte très adhérente, qui se détache spontanément au bout de quelques jours, la peau restant à ce niveau d'un rouge plus ou moins foncé, avec une légère dépression qui persiste. Cette évolution est complète en 4 semaines environ. Dans quelques points plusieurs de ces nodules voisins, s'unissent les uns aux autres formant une tumeur beaucoup plus volumineuse. Parfois les nodules profonds s'arrêtent dans leur développement sans aller jusqu'à la suppuration, et peuvent persister ainsi très longtemps.

Chez ce malade le plus grand nombre de ces tumeurs occupe la partie supérieure du cou, au-dessous du menton, et de chaque côté au niveau de la branche horizontale de la mâchoire inférieure. Toute cette région est recouverte de poils abondants, mais n'ayant aucune relation avec ces petites tumeurs, ils repoussent aussi nombreux dans les points où existent des cicatrices.

Cette éruption se fait par poussées d'une douzaine environ à des intervalles variables, et après 4 ou 5 mois l'affection semble avoir atteint son maximum d'intensité. Depuis, les poussées sont moins abondantes et se font à de plus longs intervalles.

A aucun moment il n'a existé d'engorgement des ganglions lymphatiques voisins. Pas d'élévations de la température. Aucun élément anormal dans l'urine.

Diagnostic. — L'on peut écarter facilement tout d'abord l'acné simple ou par absorption de médicaments, l'acné des cachectiques, les furoncles. Dans la tricophytie de la barbe les nodules, plus ou moins semblables à ceux-ci, englobent toujours les poils. L'absence d'antécédents et l'évolution des accidents permettent d'écarter l'idée de syphilis.

Traitement. — Incision et pansements antiseptiques. A l'intérieur, vers la fin de la maladie, un peu d'iodure de mercure uniquement pour agir d'une façon favorable sur la suppuration, toute idée de syphilis avant été écartée.

Exame anatomique. — Deux de ces nodules furent enlevés à des périodes différentes d'évolution et examinés après inclusion dans la celloïdine et la paraffine. Les lésions étaient les mêmes dans les deux cas, seulement un peu plus avancées dans le second. Chacun de ces nodules est formé par l'accumulation d'une masse de cellules de deux ordres : de petites cellules rondes, et de volumineuses cellules à plusieurs noyaux, ressemblant à des cellules géantes. Les petites cellules rondes sont distribuées dans toute la tumeur, plus denses seulement à la périphérie ; les grandes cellules, cellules épithélioïdes, siègent dans différents points de la tumeur, réunies toujours en groupes de 10, 20 ou plus, séparés les uns des autres par les cellules rondes infiltrées en nappes. Ces grandes cellules ont de 2 à 5 noyaux, leurs formes variables prennent insensiblement l'aspect de cellules géantes.

Les vaisseaux sanguins peuvent se rencontrer dans toutes les parties de la tumeur, leur endothéliumest déformé, les cellules augmentées de volume Les penda Au chang teur, curs,

de celle tissigland mass nent de coparv.

De est l

l'épi rech ne re gios Ca sous pare

fau

pou

foll

sudo

Iod

l'al bai qu me ph na re ell

pe

MUD

oblitèrent complètement la lumière des capillaires au centre de la tumeur. Les follicules pileux et les glandes sébacées, parfois refoulés, sont cependant normaux.

Au voisinage de la tumeur les glandes sudoripares présentaient des changements particuliers : gonflement de l'épithélium du conduit excréteur, oblitération de ce conduit, les contours des cellules deviennent obs-

curs, les novaux prennent mal les matières colorantes.

Dans d'autres les lésions sont plus avancées : il existe une infiltration de cellules rondes tout autour de la glande, entre ses différentes parties le tissu cellulaire a proliféré, l'épithélium gonflé a complètement oblitéré la glande, ses contours ont disparu, et l'épithélium ne forme plus que des masses irrégulières, reconnaissables encore à la faible coloration que prennent les noyaux. La glande a perdu toute structure, et ce n'est qu'au moyen de coupes nombreuses et orientées dans plusieurs directions que l'on parvient à reconnaître la nature glandulaire de ces amas cellulaires.

Deux points sont à déterminer : quel est le siège de cette lésion ; quelle est l'origine de ces grandes cellules. Il paraît évident que les glandes sudoripares en sont le siège et que ces grandes cellules proviennent de l'épithélium glandulaire modifié dans sa forme et dans ses rapports. Les recherches bactériologiques n'ont rien montré d'intéressant, les cultures ne renfermaient que du staphylococcus pyogenes ou du micrococcus prodi-

giosus.

Ce cas se rapporte exactement aux cas publiés par M. le Dr Verneuil sous le nom d'hydrosadénite phlegmoneuse et abcès des glandes sudoripares.

C'est un sujet peu traité par les dermatologistes et d'après Politzer il faudrait rattacher à ce cas bien des faits publiés sous d'autres noms et qui pour lui ne seraient que des cas d'hydrosadénite : acnitis (Barthélemy), folliculite exubérante (Kaposi), hydrosadénite scrofuleuse (Bazin).

L. JACQUET.

## Iodisme. Purpura iodique. — G. Lemoine. Du purpura iodique. (La médecine moderne, 24 décembre 1891, p. 881.)

Homme de 32 ans, atteint d'une affection cardiaque. On prescrit 1 gramme d'iodure de sodium pour une céphalalgie persistante. Le lendemain de l'absorption du médicament, le malade s'aperçoit, après avoir pris un bain, que ses jambes et la partie interne des cuisses sont couvertes de plaques rougeâtres; dans le courant de la journée, l'éruption s'étend à l'abdomen et à la poitrine, puis envahit les membres supérieurs et ne respecte plus que les mains, le cou et la face; en même temps, coryza, catarrhe nasal et oculaire, et quelques vomissements. L'éruption rappelle grossièrement les caractères de la rougeole dans les points où elle est discrète, elle y est formée de taches assez larges, de couleur rouge assez vif, sans caractère hémorrhagique; sur les bras, elle constitue une arborisation petits traits rouges intriqués les uns avec les autres et rappelant l'aspect de la lymphangite; aux membres inférieurs, il y a des taches pointilées confluentes ou formant des flots entre lesquels la peau est saine;

l'abdomen et surtout les slancs et les sesses sont d'un rouge scarlatinisorme, mais les contours des taches peuvent être facilement reconnus. Le malade ayant pris une nouvelle dose d'iodure avant la disparition de l'éruption, celle-ci présenta le lendemain une teinte plus accusée et sa confluence augmenta. Quelques jours plus tard, on administra une nouvelle dose de 1 gramme d'iodure de sodium et, deux heures après, le malade commença à éprouver sur tout le corps et en particulier sur les membres supérieurs et sur le dos de vives démangeaisons accompagnées au bout d'une heure d'une éruption occupant tout le corps sauf le cou et la face, éruption formée de hachures rouge groseille entre-croisées en tous sens.

Cette observation mériterait évidemment mieux le nom d'érythème que celui de purpura; la généralisation de l'éruption n'est guère le fait de cette dernière dermatose et les signes caractéristiques du purpura ne sont pas indiqués dans le texte de l'auteur, qui insiste d'ailleurs sur les différences qui séparent ce cas de ceux décrits par le professeur Fournier. L'auteur fait remarquer que, dans ce cas, le développement de l'éruption, sa rapidité et sa confluence ont été favorisés par les lésions viscérales dont le quiet était parteur légiese du faie et du parteur les inservants les confluences du faie et du parteur les inservants les confluences du faie et du parteur les inservants les confluences du faie et du parteur les inservants les confluences du faie et du parteur les inservants les confluences du faie et du parteur les inservants les confluences du faie et du parteur les confluences du

sujet était porteur, lésions du foie et du rein en particulier.

GEORGES THIBIERGE.

la ré

nne l

nés (

viette qui s

la me

sieur

sapo

avec

pern

com

dilat

couc séba

défe

de p

Mor

(7

P

L

néra et d

où l

étai

tes.

qui

une

sim

cell

faci

pigr

par

de f

cen

épa

par veir

Ch

Le Fa

Kératose folliculaire. — H. Brooke. Keratosis follicularis contagiosa. (Atlas international des maladies rares de la peau, 1892, 1<sup>re</sup> livraison).

Brooke désigne sous ce nom une affection rare décrite par Cazenave et Hardy sous le nom d'acnée sébacée cornée, par Wilson sous le nom d'ichtyose sébacée cornée, par Lesser sous le nom d'ichtyose folliculaire. Il en a observé 8 cas et rapporte l'observation d'un de ces cas.

Fille de 8 ans; début 21 mois auparavant par une éruption de petits points noirs sur le cou qui devinrent bientôt des papules et toute la région prit une coloration jaune sale; peu après, lésions semblables et suivant la même évolution sur les deux acromions, les régions externes des bras, puis la partie antéro-externe et supérieure des coupes ; en même temps, peau sèche ; les points noirs sont presque toujours au nombre de 3 disposés linéairement, dont l'un se développe généralement plus ou moins à l'exclusion des 2 autres ; les points noirs forment une saillie, une sorte d'épine, dure, fortement adhérente, dont les dimensions ne sont pas en rapport nécessaire avec le volume des papules et l'intensité de l'inflammation ; l'extraction des épines laisse un follicule dilaté ; la main passée à la surface des papules éprouve une sensation de râpe. Les grandes papules sont nettement charnues; celles qui ont été enflammées quelque temps rappellent de vieilles lésions d'acné; les plus développées rappellent des verrues peu saillantes; les régions atteintes présentent un aspect sale, surtout dans les points où les papules sont réunies en placards. Les lésions s'étendirent plus tard à la face (lèvre supérieure, menton, front et joues) en respectant le crâne, aux surfaces de flexion des jambes, à la face interne des bras, aux fesses, à la partie inférieure du dos ; la région où elles acquirent le plus grand développement fut la surface externe de

XUM

la région axillaire postérieure où une agglomération de papules rappelait une masse de petites verrues surmontées à leur sommet de bouchons cornés de 2 à 3 millimètres de long.

Les cas observés par l'auteur se répartissent dans 3 familles :

Famille D.: enfants bien portants, bien nourris, très propres, couchant dans la même chambre, se servant des mêmes brosses et des mêmes serviettes; sur 7 enfants. 6 cas, le premier précédant de 6 mois les autres qui se succédèrent à intervalles irréguliers.

Famille W.: 3 enfants, atteints dans l'espace de quelques semaines de la même affection, à un degré moins accusé que les enfants de la famille D. Famille J. D.: un seul garçon pris dans une famille comprenant plu-

sieurs enfants.

Chez tous les enfants, guérison au moyen d'onctions avec de l'axonge

saponifiée par la potasse caustique et de glycérine.

Les lésions consistent dans une prolifération des cellules épithéliales avec modification du processus de kératinisation qui amène leur adhérence permanente; elles débutent par la formation d'un bouchon en forme de comédon qui oblitère les follicules pileux et en arrière duquel le follicule se dilate en formant une poche autour de laquelle les cellules forment des couches concentriques plus ou moins adhérentes; les lésions des glandes sébacées ne sont que secondaires, de sorte que la dénomination d'acné est défectueuse. L'auteur, ainsi que L. Wickham et Unna, n'a pu retrouver de psorospermies dans ces lésions.

Georges Thiblerge.

Morphée. — Louis A. Duhring. Morphæa with maculæ atrophicæ. (The American Journal of the medical sciences, novembre 1892, p. 551.)

La malade est une anglaise de 55 ans, maigre, mais de bonne santé générale; elle a vu commencer l'affection sans cause appréciable il y a un an et demi ; depuis, les lésions se sont étendues graduellement. Au moment où l'auteur les vit elles présentaient diverses phases d'évolution, et elles étaient assez diverses d'aspect pour nécessiter des descriptions différentes. On peut en distinguer de trois sortes : 1º Des plaques blanchâtres qui constituent la forme la plus commune, et qui paraissent consister en une dégénérescence graisseuse (probablement lardacée) particulière des téguments ; 2º des plaques blanchâtres nettement circonscrites, déprimées, simulant des cicatrices, dont les dimensions varient de celles d'un petit à celles d'un gros pois, et au niveau desquelles la peau est mince, souple, facile à plisser; 3º des plaques au niveau desquelles les téguments sont pigmentés, marbrés, d'un rouge brunâtre, atrophiés; elles sont limitées par un bord saillant constitué par des sortes d'élevures papuleuses, dures, de forme et de grandeur variables. Sur ces plaques, on voit nettement çà et là des veines d'un bleu pourpré courant dans diverses directions. Au centre de ces plaques, la peau est amincie; leur bord est au contraire épaissi, mais nulle part la peau n'est adhérente au tissu sous-cutané; partout on peut la faire mouvoir sur les parties sous-jacentes; 4º des veines dilatées, d'un bleu pourpré, identiques à celles des plaques des poignets, qui courent sur les avant-bras et qui ne sont nullement en connexion avec les autres éléments morbides, sauf qu'elles passent au voisi-

nage de quelques macules atrophiques.

Voici quelles sont les localisations de ces diverses lésions. A la nuque, vers la limite du cuir chevelu, empiétant à la fois sur ce dernier et sur les parties glabres, se voit une plaque blanchâtre à limites nettes, mais irrégulière, lardacée quoique non indurée, molle, mobile, facile à plisser, très difficile à apprécier par le toucher les yeux fermés, car sa consistance est analogue à celle de la peau normale. Elle a deux pouces environ de diamètre et ne présente à sa périphérie aucune zone hyperhémiée ni aucune dilatation veineuse. Les cheveux qui la recouvrent dans sa partie supérieure sont normaux. Cette lésion, d'après l'auteur, est un type de la forme la plus atténuée de la morphée à son début.

Tout près de cette plaque sur la nuque, se voient plusieurs macules atrophiques de la grandeur d'un pois, arrondies, légèrement déprimées, bien limitées, blanchâtres ou perlées; à leur niveau, la peau amincie donne l'impression de cicatrices syphilitiques; elles sont disséminées sans ordre

aucun de chaque côté de la ligne médiane.

Sur la partie antérieure des poignets se voient deux plaques symétriques, arrondies, atrophiques, de la grandeur d'une pièce d'un demi-dollar en argent (2 fr. 50), à contours bien limités, présentant un bord papuleux, surélevé, induré, irrégulier, inégal, pigmenté, bigarré, d'une teinte d'un rouge brunâtre.

Le centre de ces placards est déprimé, la peau y est amincie et souple. Quelques veines volumineuses parcourent la zone malade. Sur la région antérieure d'un avant-bras en montant vers le coude, se voient plusieurs macules atrophiques, blanchâtres, de la grosseur d'un pois, identiques à

celles de la nuque.

Ces lésions variées ne paraissent pas être les périodes diverses d'un seul et même processus; elles n'ont aucune connection entre elles, sauf qu'elles sont probablement dues à la même cause. La malade ne se plaint d'aucune douleur ni d'aucune gêne sérieuse.

L'auteur croit que c'est là un cas de morphée : d'après lui, cette maladie peut revêtir diverses formes qui, dans quelques cas fort rares, coexistent chez le même sujet, comme dans l'observation précédente où l'on trouve

à la fois les macules atrophiques et les plaques lardacées.

Il pense que le diagnostic ici ne saurait être douteux. Il s'agit en effet bien évidemment d'un processus atrophique de la peau, et dans cet ordre d'idées il ne voit à choisir qu'entre l'atrophie propre de la peau, les macules et les stries atrophiques, la morphée, et quelques formes de sclérodermie : ces deux dernières affections pouvant parfois coexister chez le même sujet.

Le professeur Duhring aurait pu, ce nous semble, ajouter à cette liste le lichen plan atrophique et le discuter dans le cas actuel, à cause de la bordure papuleuse des plaques des poignets.

L. B. Lèpr

l'auton'est bitat preu n'a j l'abs cont

un a 3º ne s'ag 4º lis,

race

dans

mar état mor que scre N d'in

que réfe

qu'

I un car de

po d'e br

# Lèpre. — Georges L. Fitch. The etiology of leprosy. (Medical Record, 10 septembre 1892, p. 293.)

Voici les conclusions du trop long et par trop fantaisiste mémoire de l'auteur : 1° Il est surabondamment prouvé que la lèpre, en tant que lèpre, n'est pas une maladie transmissible dans aucune circonstance. La cohabitation pendant des années, l'inoculation, le fait de boire la salive des lépreux n'ont jamais pu arriver à transmettre cette affection ; l'isolement n'a jamais eu la moindre influence sur la non extension de la lèpre, comme l'absence de toute mesure d'isolement à l'égard des lépreux n'a jamais contribué à la propager ;

2º La lèpre apparaît invariablement après l'introduction de la syphilis dans les populations vierges jusque-là de ces deux affections, ce qui est un argument des plus importants en faveur de leur origine commune;

3° L'auteur a pu inoculer la syphilis à vingt lépreux sans qu'aucun d'eux ne devînt syphilitique ; cet argument aurait une grande valeur s'il ne

s'agissait pas ici d'Hawaïens qui sont presque tous syphilisés;

4º La lèpre est pour l'auteur une sorte de quatrième période de la syphilis, laquelle se manifeste d'une manière pour ainsi dire épidémique chez les races vierges quand la syphilis commence à pénétrer chez elles, et d'une manière sporadique chez les personnes dont l'organisme est revenu à un état analogue à celui de ces races, ou chez celles qui présentent un état morbide spécial du système nerveux, ou qui ont une mauvaise hygiène telle que, sans les autres conditions ci-dessus mentionnées, elles deviendraient scrofuleuses.

Nous n'aurions pas parlé de ce mémoire sans la curieuse expérience d'inoculation qu'il relate; d'ailleurs, cette doctrine est tellement étrange qu'elle nous paraît devoir être signalée. Il est inutile de faire remarquer que la plupart des propositions précédentes ont déjà été combattues et réfutées par de nombreux auteurs.

L. B.

Lèpre; résistance du bacille. — A. Risso. Modo di reagire delle cellule del granuloma leproso e dei bacilli leprosi all'azione di alcuni irritanti applicati direttamente nella parte su cui si esegue l'osservazione. (La Riforma medica, 6 et 8 août 1892, p. 338 et 351.)

L'auteur, reprenant des expériences faites par Campana, a étudié chez un sujet atteint de lèpre, l'action des injections de nitrate d'argent et des cautérisations avec le thermo-cautère sur le bacille lépreux et sur le tissu des lépromes.

Il n'a constaté aucune modification du bacille lui-même, ni dans les points soumis directement à l'action de ces agents, ni à distance; il n'y a d'exception que pour les cas où ces agents désorganisent le bacille, en le brûlant comme le feu brûle un fragment de tissu organique.

Le bacille, après l'emploi de ces agents, peut se rencontrer dans des cellules semblables à des leucocytes, occupant des loges formées dans le

ANN. DE DERMAT. - 3º 8ie, T. IV.

protoplasma cellulaire; les loges sont remplies complètement de bacilles. Le tissu lépreux, au voisinage des points irrités par les agents précédents, est infiltré de ces cellules lymphoïdes renfermant des bacilles et d'autres cellules lymphoïdes ne renfermant pas de bacilles. Les caractères de ces éléments montrent qu'ils jouent le rôle de phagocytes.

GEORGES THIBIERGE.

m

d'

V6

in

g

d

fi

## Lichen ruber. — M. Mollen. Gifves det en vesikulär eruptionsform af lichen ruber? (Nordiskt medicinskt Arkiv., 1892, n° 18.)

Homme de 46 ans, atteint depuis 6 ans d'une affection cutanée avec douleurs et déformations articulaires. A son entrée à l'hôpital, affaiblissement très grand, impossibilité de marcher, amaigrissement : l'éruption françait par sa couleur rouge vineux; elle était presque généralisée par confluence de plaques de dimensions diverses, saillantes de 1 à 11/2 millimètre, d'une sécheresse absolue, couvertes d'amas de petites squames sèches, circuses. faciles à détacher d'une base rouge livide sèche sans les petits points saignants du psoriasis; les parties avoisinantes, d'ailleurs normales, étaient pigmentées en brun sépia ; le prurit était fort, mais nulle part d'excoriations. L'examen attentif des éléments éruptifs fit constater l'évolution suivante: 1º une tache de la dimension d'un grain de moutarde, d'un rouge assez vif. sans limites nettes, disparaissant à la pression, et n'offrant aucune relation avec les follicules pileux : 2º le lendemain, la tache un peu plus large, légèrement infiltrée et saillante, polygonale, non ombiliquée; 3º sur cette petite papule développement à sa partie centrale ou à sa périphérie d'une ou deux vésicules, très petites, analogues à des vésicules de miliaire, non saillantes, d'un jaune blanchâtre à contenu crémeux ; 4º au bout de 3 ou 4 jours, les vésicules desséchées et transformées en de petites squames sèches, comme circuses, se détachant très facilement de l'épiderme qui est sec et luisant; 5º par confluence des efflorescences primaires, par des éruptions réitérées de vésicules, par la transformation de ces vésicules en squames, par l'infiltration continue du corps papillaire, se produisent les grandes surfaces d'un rouge vineux, qui finissent par occuper de vastes étendues de la peau. Les vésicules ne contiennent pas de microbes.

L'état du malade s'améliora par le traitement arsenical, mais au bout de quelques mois survint une exacerbation sous la forme de lichen ruber plan d'un aspect assez ordinaire, avec de grandes nappes chagrinées, brillantes, sans traces de vésicules ni de squames. La guérison finit par se produire en 9 mois en laissant seulement de larges surfaces pigmentées.

A l'examen microscopique, on trouva une dilatation primitive des vaisseaux sanguins, avec infiltration cellulaire du corps papillaire, et dans le corps de Malpighi de petits foyers d'exsudation qui s'entourent peu à peu d'une couche de cellules cornées qui forme une capsule complète autour du foyer.

L'auteur rapproche cette observation de huit autres faits plus ou moins analogues publiés par Unna, Rona, C. Bæck, Kaposi et conclut de ce rapprochement que le lichen ruber, contrairement à ce qu'on admet, doit être rangé parmi les dermatoses polymorphes.

Georges Thibierce.

Lupus. — Henry W. Stelwagon. A somewhat unusual case of lupus ulceration of the nose. (Journal of Cutaneous and genitourinary diseases, novembre 1892, p. 428.)

L'auteur relate avec beaucoup de détails le cas d'une jeune fille de 12 ans chez laquelle il se développa aux narines et à l'extrémité du nez une lésion lupique bourgeonnante, ulcéreuse, à marche lente, ressemblant à s'y méprendre à une syphilide. Le traitement spécifique n'ayant rien donné, il se décida à intervenir chirurgicalement après une assez longue période d'expectation, et il obtint rapidement un résultat satisfaisant par le raclage combiné avec la scarification et des cautérisations à la potasse caustique.

L. B.

Maladies de la peau en rapport avec des troubles nerveux. — W. T. Corlett. Diseases of the skin associated with derangements of the nervous system. (American Journal of the medical sciences, juin 1892, p. 633).

L'auteur publie quatre observations intéressantes à divers titres, mais un peu disparates, les deux premières ressemblant assez à des lupus érythémateux; il croit pouvoir les rattacher à des troubles du système nerveux: 1º parce que les malades étaient prédisposés aux névroses; 2º parce qu'ils étaient soumis à des causes très nettes de dépression, de fatigue intellectuelle, etc.; 3º parce que les seuls moyens thérapeutiques qui aient eu quelque action sur leurs éruptions ont été ceux qui ont modifié les troubles nerveux qu'ils présentaient.

L. B.

Mycosis fongoïde. — A. Marianelli. Sopra un caso di granuloma fungoïde (micosi fungoide di Alibert). (Giornale italiano delle malattie venerce e della pelle, juin 1892, p. 173.)

Garçon de 14 ans, pris subitement, 15 mois auparavant, de frissons et d'une éruption prurigineuse généralisée à toute la surface cutanée sauf la face, éruption qui au bout de 3 mois avait pris le caractère eczémateux.

L'éruption ne respecte que la face, la partie supérieure du tronc, les régions palmaire et plantaire, les espaces interdigitaux; elle se compose de petits éléments papulo-vésiculeux ayant dans le cuir chevelu l'aspect de l'impétigo et sur d'autres parties celui de l'eczéma papuleux, isolés ou disposés irrégulièrement sur de larges plaques, d'un rouge violacé particulier; on voit en outre de petites vésicules surmontant des nodosités qui forment des saillies rosées plus appréciables au toucher qu'à la vue. De plus, on trouve, à la face interne des jambes, des nodosités ulcérées rappelant l'aspect des gommes scrofuleuses sous-cutanées et sur le dos du pied une grosse saillie ovoïde ulcérée, à la surface de laquelle fait hernie une végétation fongueuse. Pas de lésions viscérales; pas de leucocythémie.

Le prurit s'amenda sous l'influence d'injections de pilocarpine; les nodosités furent pansées avec une solution phéniquée à 2 0/0. On vit apparaître, principalement sur les membres, de petites saillies papuleuses, isolées ou

f

it it

s, i-

nt

1-

i-

çe

1-

eu

e:

i-

de

au ti-

ride

se

11-

de

de

an

es,

ire

is-

le

eu

our

ins

ap-

tre

réunies par groupes de 2 ou 3, de la grosseur d'une tête d'épingle, à base infiltrée, occupant toute l'épaisseur de la peau, sur le sommet desquelles se développait une petite vésicule remplie de sérosité.

Le malade fut soumis à des injections de liqueur de Fowler au 1/3, à la dose de 1/3 de seringue à 1 seringue par jour. A la suite de ce traitement, les ulcérations se cicatrisèrent, les éléments éruptifs diminuèrent de nombre; on porta ensuite la dose de liquide injecté à 2 seringues par jour et, pour accélérer la disparition des nodosités des membres inférieurs, on y pratiqua des scarifications, des cautérisations ponctuées, puis des injections interstitielles de la solution arsenicale; au bout de 7 mois, on recourut à l'ingestion gastrique d'une solution d'acide arsénieux, et deux ans après le début de l'affection la guérison était absolument complète.

L'examen histologique a montré une infiltration cellulaire abondante, avec un réticulum ressemblant à celui du tissu adénoïde; sur les coupes d'une petite nodosité de formation toute récente, développée pendant le séjour à l'hôpital, on voyait que l'infiltration du derme atteignait son maximum dans les couches papillaire et sous-papillaire, s'étendait profondément le long des follicules, des glandes et des vaisseaux sanguins; il n'y avait pas, à proprement parler, d'épaississement ou de néoplasie conjonctive, mais un processus inflammatoire débutant autour des vaisseaux sanguins; un léger degré d'infiltration se voyait le long des parois des vaisseaux qui pénétrent dans le tissu conjonctif sous-cutané.

L'auteur a trouvé de nombreux cocci sur les coupes de la grosse nodosité ulcérée du pied; les essais de culture du sang, du contenu des vésicules, des nodosités, leurs inoculations aux animaux sont restés stériles, sauf l'inoculation de fragments de la tumeur du pied dans le péritoine, dans le tissu sous-cutané, dans la chambre antérieure de l'œil, où ils produisirent chez le lapin et chez le cobaye des abcès renfermant le staphylocoque doré

L'auteur insiste sur l'influence favorable de la médication arsenicale et sur les caractères histologiques des lésions, qu'il considère comme des granulomes.

Georges Thibierge.

**Edème cutané.** — Ernest W. Jacob. Les formes rares d'œdème localisé. (Remarks on unusual forms of localized œdema). (The British Journ. of dermat., mai 1892, p. 155.)

A côté des œdèmes de cause cardiaque ou rénale, il y en a beaucoup d'autres dont la pathogénie reste fort obscure.

Dans la production de l'œdème, on ne peut oublier le rôle des nerfs, mis en évidence par Ranvier; la ligature de la veine cave inférieure ne produisant de l'œdème que du côté du membre dont le sciatique a été coupé. Brunton a pensé que la perméabilité des vaisseaux pouvait être causée par les acides en circulation dans le sang, et l'on produit artificiellement de l'œdème de cette façon. Il est possible que les acides, et les poisons agissant comme eux peuvent être absorbés par l'intestin ou formés en certains cas par la vie cellulaire. Des produits solubles microbiens, en circulation peuvent agir semblablement, comme les inoculations de vibrion septique le prouvent.

re

gr

L

hy

aı

cl

C

Plusieurs causes peuvent donc produire expérimentalement de l'œdèmes et cela rend compte de la variété des œdèmes qu'on observe cliniquement. L'auteur pense qu'une classification clinique des œdèmes pourrait les faire rentrer dans quatre groupes?

1º Le premier comprend les œdèmes, associés à l'urticaire, ils accompagnent ordinairement des troubles gastriques, en l'absence d'urticaire vraie, il y a du prurit nocturne, c'est un phénomène fréquent à la ménopause. Les mains sont assez souvent prises.

Un œdème localisé autour des yeux peut accompagner aussi la rhinite

hypertrophique.

2º Le deuxième groupe comprend les œdèmes qui accompagnent les affections rhumatismales. On peut les rencontrer même sans épanchement articulaire.

3º L'œdème accompagne souvent la névralgie et on peut voir après une névralgie intense un œdème quelquefois considérable de la région. A cette classe l'auteur rapporte les œdèmes observés chez les hystériques et accompagnant la contracture des extrémités.

4º Le quatrième groupe comprend les ædèmes d'origine vaso-motrice, ou comme les appelle l'auteur les ædèmes « angeioneurotic ». Le type en est présenté par la maladie décrite par Quinke et qui devrait porter son

nom.

Un œdème soudain, mais transitoire, ordinairement pâle peut envahir toutes les parties du corps ensemble ou séparément. Quand il se localise à la face, souvent survient un œdème de la glotte qui peut en quelques minutes se terminer par l'asphyxie. En concomitance avec ces symptômes on a pu noter des hémorrhagies, du mélæna, de l'albuminurie. — Suivent deux observations de cas semblables. La transmission héréditaire s'est montrée évidente, dans quelques cas de ce genre; Osler en particulier put l'observer sur trois observations consécutives. Le plus souvent l'œdème est localisé à la face ou aux extrémités. C'est une affection rare à toutâge, un peu plus fréquente aux approches de la puberté, elle s'accompagne de troubles intestinaux, vomissements, coliques, etc. J.-J. Pringle a même pu voir survenir des hématémèses accompagnant de semblables crises chez un goutteux. en l'absence de toute lésion organique. Les crises morbides sont irrégulières, surviennent habituellement chez des névropathes et sous l'influence du froid, ou d'un traumatisme.

Paget a pensé que les symptômes viscéraux correspondaient à des troubles vaso-moteurs du même ordre que ceux dont relève l'œdème des parties externes.

Du reste, ces accidents sont rarement suivis de troubles graves, et disparaissent très vite. Une exception seule doit être faite pour l'œdème de la glotte qui peut se terminer par suffocation.

Sabouraud.

Chème circonscrit. — M. Allen Starr. Localised transient cedema. (The New York medical Journal, 17 septembre 1892, p. 309).

L'auteur retrace les grands caractères de ces gonflements œdémateux circonscrits de certaines régions du corps, transitoires, qui ont été dénommés œdèmes aigus, ou œdèmes angioneurotiques. Ce sont des tuméfactions œdémateuses des tissus, avec ou sans modifications de la coloration, de la température, de la consistance des téguments; d'ordinaire elles apparaisseut et disparaissent rapidement après une exposition au froid, mais elles peuvent aussi persister plusieurs jours.

Cet œdème est dur, n'est pas entièrement réductible par la pression et la manipulation, et ne garde que peu ou point l'empreinte du doigt.

La coloration des téguments atteints est d'ordinaire rouge ou rouge bleuâtre, parfois jaune blanchâtre ou pâle. La température locale est d'ordinaire abaissée.

Les sensations perçues par le malade sont des sensations de raideur, de brûlure, d'engourdissement, de douleur; elles sont augmentées par le froid. L'anesthésie est rare. Toutes les régions du corps peuvent être envahies, mais les lieux d'élection sont les mains, les pieds et la figure. La durée de l'attaque varie de quelques heures à quelques jours; parfois entre les attaques au lieu d'une disparition complète des symptômes, il n'y a qu'une rémission. Osler a montré que cette affection peut être héréditaire.

L'auteur ne connaît aucun traitement qui soit efficace contre elle ; cependant dans un de ces cas le massage semble avoir donné quelques résultats.

Le mémoire contient trois observations inédites : la première est celle d'une femme de 28 ans, de bonne santé antérieure, qui depuis deux ans souffre à divers intervalles, à la suite d'impressions de froid d'œdème localisés à la partie droite de la face, qui durent de quelques heures à trois ou quatre jours ; le massage journalier sembla empècher jusqu'à un certain point les récidives. La deuxième est celle d'une femme de 37 ans, sujette à avoir des œdèmes en divers points du corps, mais surtout aux mains lorsqu'elle s'exposait au froid ; l'auteur a fait sur elle de curieuses expériences prouvant l'action nuisible presque immédiate de l'eu froide sur sa main gauche. La troisième est celle d'une femme de 44 ans, atteinte d'œdèmes transitoires de la main gauche ; mais dans ce dernier cas le froid ne semblait pas intervenir comme un facteur bien important dans l'étiologie.

L. B.

**Œdème rhumatismal.** — FAVIER. Deux cas d'œdème rhumatismal essentiel. (Archives de médecine et de pharmacie militaires, juin 1892, p. 507.)

I. — Homme jeune, pris pendant la nuit d'un œdème de la paroi abdominale et de la paupière supérieure gauche qui disparaît le lendemain; puis les jours suivants d'œdème du dos de la main gauche, puis de la main droite, de tuméfaction œdémateuse des amygdales sans rougeur, d'urticaire en plaques dont quelques-unes atteignent 10 à 15 centimètres, de long, d'œdème à la face postérieure des cuisses; ces poussées œdémateuses apparaissent sans douleur et sans aucun trouble de la santé générale, sans manifestations articulaires.

II. - Homme jeune, pris, à la suite d'un refroidissement succédant à

une

gorg

la re

le ve

de l

de d

mai

L

mal

des

tion

riét

fait

cel

ass

Œd

ex

all

10

ja

et

ja

ra

n

S

re c

7

9

1

une transpiration abondante, de mal de gorge avec rougeur de l'arrièregorge et quelques plaques pultacées, puis de rougeur avec empâtement de la région latérale droite du thorax, qui forme une tuméfaction atteignant le volume d'une tête de fœtus à terme, et d'une autre tuméfaction diffuse de la région sous-épineuse droite, molle, du volume d'un œuf de poule, et de douleur dans la région de la nuque; pas de manifestations articulaires, mais fièvre intense (T. 38°,4 à 39°,8).

L'auteur considère ces deux faits comme des cas d'œdème rhumatismal sans manifestations articulaires. Ils rentrent évidemment dans la description de l'œdème aigu circonserit de Quincke; la première observation vient d'ailleurs à l'appui de l'opinion qui fait de l'œdème aigu une variété d'urticaire, opinion qui n'a pour ainsi dire plus à être discutée; ces faits auraient donc mérité non le nom d'œdème rhumatismal — l'existence du rhumatisme n'étant prouvée chez aucun des deux malades, — mais celui d'urticaire géante, dont le deuxième représente une forme intense et assez rare.

Edème héréditaire. — W. F. Milroy. An undescribed variety of hereditary œdema. (The New York medical Journal, 5 novembre 1892, p. 505.)

L'auteur relate le fait très curieux d'un œdème légèrement rosé des extrémités inférieures, très marqué vers la partie inférieure de la jambe, allant en diminuant graduellement jusqu'au genou, qui est héréditaire dans une famille. C'est en 1768 qu'on en fit pour la première fois mention : 1re génération : la sœur de Me W... avait de l'œdème d'une jambe ; -2º génération : Joseph W..., fils de Mº W..., né en 1784, avait les deux lambes très œdématiées; — 3º génération : Joseph W... se maria deux fois et eut neuf enfants, parmi lesquels on sait que quatre avaient un pied, une jambe œdématiés, et un cinquième les deux jambes atteintes; - 4º génération: Lydia, la seconde fille de Joseph, eut six enfants: trois filles qui ne présentaient rien d'anormal, trois fils qui avaient un pied œdématié. Sarah, la 3º fille de Joseph, eut huit enfants parmi lesquels trois survécurent; l'un d'eux avait un pied œdématié. Olive, 4º fils de Joseph, eut cinq enfants ; le plus jeune avait un pied œdématié. Charité, 6º fils de Joseph, eut quatre enfants : l'un d'eux eut une jambe œdématiée. Sally, 7º fille de Joseph, eut trois enfants, l'un d'eux avait un pied œdématié. Julia, 9º fille de Joseph, eut quatre enfants sur lesquels il y en eut un qui avait les deux jambes œdématiées; — 5° génération : sur les nombreux enfants de cette 5e génération (48) quatre avaient un pied œdématié, un avait les deux jambes œdématiées; - 6º génération: deux des enfants connus de cette génération présentaient l'un de l'œdème d'un pied, l'autre de l'œdème des deux jambes.

En somme, sur 97 individus compris dans ces six générations, 22 étaient atteints de cette difformité. Les caractères cliniques de cette curieuse affection sont les suivants: 1° elle est congénitale et se développe lentement avec l'âge dans les mêmes proportions que les parties normales du corps; 2° elle est limitée aux membres inférieurs, tantôt n'existant qu'à

un seul, tantôt occupant les deux ; 3º elle est permanente ; elle ne s'accompagne d'aucun autre phénomène ni local, ni général. L. B.

Peau; Structure de la peau; tissu élastique. — E. Sederholm. Om den elastika väfnaden i huden hos medelalders och äldre personer. Du tissu élastique de la peau chez les personnes d'âge moyen et avancé. (Nordiskt medicinskt Arkiv, 1892, n° 15.)

Les fibres élastiques de la peau, étudiées au moyen de la méthode de Tænzer, forment des réseaux accompagnant les faisceaux conjonctifs et constituent comme eux un réseau à mailles rhomboïdales; contrairement aux faisceaux conjonctifs qui sont mobiles les uns sur les autres, ils sont reliés entre eux de toutes parts. Les fibres élastiques minces forment, dans la partie superficielle de la peau, des mailles irrégulières et serrées comme les faisceaux conjonctifs grêles.

La couche papillaire du derme renferme un entrelacement très dense de fibres élastiques assez grosses. Au-dessous de l'épiderme, on trouve un réseau élastique d'où partent de nombreuses fibres élastiques qui se dirigent entre les cellules basales de l'épiderme entre lesquels elles ne pénètrent que faiblement; ce réseau présente un développement variable dans les différentes parties du corps; à la partie supérieure des papilles, les fibres élastiques entourent leur sommet comme d'une palissade; le centre de la papille ne renferme pas de fibres élastiques.

Le réseau élastique à mailles transversales décrit par Balzer existe dans toute la partie sécrétoire des glandes sudoripares; il est plus ou moins riche, formé de fibres extrêmement minces ou d'une sorte de membrane, parfois d'un large anneau de fibres élastiques fines enchevêtrées; dans la région du tube excréteur qui fait partie des glomérules, ce réseau change peu à peu de forme et présente son plus grand développement au niveau de la paume des mains et de la plante des pieds, il se continue directement avec le réseau élastique sous-épithélial; la prétendue membrane propre des glandes sudoripares n'est autre que ce réseau élastique.

Les follicules des cheveux sont entourés à leur partie supérieure d'une gaine formée d'un réseau élastique très dense; à l'insertion du muscle lisse, ce réseau donne naissance à une quantité considérable de fibres élastiques qui s'entrelacent avec les fibres longitudinales propres à la gaine fibreuse externe du poil; les fibres longitudinales sont plus abondantes vers la partie profonde du follicule, elles cessent d'ordinaire près du bulbe, mais quelquefois s'éloignent du poil en faisceaux, pour descendre plus profondément dans le tissu adipeux sous-cutané. Le bulbe est toujours dépourvu de substance élastique, mais on trouve quelquefois dans la partie inférieure de la gaine fibreuse externe des masses granuleuses formées de fibrilles élastiques fines et enchevêtrées ressemblant aux formations qu'on trouve dans la peau sénile et ayant peut-être quelques rapports avec la chute des poils.

Les glandes sébacées sont étroitement entourées d'un réseau élastique serré et solide à leur embouchure, mais diminuant à mesure qu'on descend vers l'extrémité des lobes. mêr

plu: bre

L

riet

pos élas

L

den

E

plu

que

poi

soli

ext

név

apo

lop

ver

mo

ces

lair

pos

Pa

Suc

per

lis

éla

su

lis

un

Autour des poils de la barbe la disposition du tissu élastique est la même qu'autour des cheveux, mais la substance élastique manque sur une plus grande partie de leur follicule. Plus les poils du tronc et des membres sont petits, plus leurs follicules sont pauvres en tissu élastique.

La partie supérieure des follicules des cils est entourée d'un faible réseau élastique jusqu'à l'embouchure de la glande sébacée; la partie inférieure en est complètement dépourvue; la partie moyenne, au contraire, possède une véritable gaine, formée par un entrelacement serré de fibres élastiques.

L'extrémité supérieure des muscles lisses de la peau se fixe au réscau élastique sous-épithélial au moyen de tendons en éventail qui se confondent peut-être aussi avec les fibres élastiques de la couche superficielle

de la peau.

Entre les fibres musculaires, se voient des fibrilles élastiques minces

plus ou moins nombreuses.

Le muscle est toujours entouré, vers ses 2 extrémités, de fibres élastiques, mais la partie moyenne en est quelquefois privée. Le rapport de ce faisceau avec les réseaux élastiques de la peau est moins intime sur les points où l'extrémité inférieure du muscle possède un point d'attache plus solide, par exemple au vertex, où il se fixe seulement à la gaine fibreuse externe des poils. Plus le poil est petit, plus grande est la partie de l'aponévrose inférieure qui passe des deux côtés du poil pour s'insérer au réseau élastique du derme avoisinant; ainsi se forment des irradiations, des aponévroses inférieures des muscles, qui embrassent souvent comme d'une fourchette le glomérule d'une glande sudoripare.

Les muscles du scrotum, de l'aréole et du mamelon sont toujours enveloppés de réseaux élastiques semblables aux précédents, qui convergent vers leurs extrémités pour former de petits tendons élastiques plus ou

moins développés.

Sur les fibres musculaires striées du menton, les fibres élastiques minces qui les entourent s'étendent au delà de l'extrémité de la fibre muscu-

laire et vont se confondre avec le réseau élastique du derme.

La gaine lamelleuse des grands nerfs renferme plusieurs couches superposées de fibres élastiques minces qui se divisent à angle droit. Cette même disposition se rencontre dans les gaines externes des corps de Pacini. Les corpuscules de Meissner sont enveloppés d'une gaine en forme de réseau élastique dense.

Chez les vieillards, le réseau élastique du tube sécrétoire des glandes sudoripares se transforme en une membrane élastique, ce qui expliquerait peut-être la diminution sénile de la sécrétion de ces glandes; les muscles lisses attachés à la gaine fibreuse des poils s'insèrent dans les réseaux élastiques de la peau après la chute ou l'atrophie des poils; la quantité de substance élastique augmente dans l'intérieur et autour des muscles lisses; la gaine élastique des corpuscules de Meissner est plus grossière et plus solide; autour de la masse centrale des corps de Pacini on trouve un réseau élastique formé de fibres circulaires anastomosées.

Georges Thibierge.

Pemphigus. — A. Reale. Ricerche chimiche sul contenuto delle bolle di pemfigo. (Riforma medica, 2 mai 1892, p. 280.)

Liquide extrait des bulles développées chez une femme de 25 ans, prise, deux jours après son accouchement, de prurit et d'une éruption de bulles de la dimension d'un pois à celle d'une grosse noix, occupant d'abord la paume des mains et la plante des pieds, puis disséminées sur toute la surface des membres, du tronc et de la face et laissant après elles une pigmentation brune.

Le liquide, de coloration jaune citrin, ne renferme que de très rares globules de pus; il est de réaction alcaline, ne renferme pas d'ammoniaque libre, renferme des substances albuminoïdes solubles dans les acides, des chlorures, des phosphates, des acétates, pas de sulfates, mais de l'urée et des ptomaïnes.

Georges Thibierge.

A. Reale. — Nuove ricerche chimiche sullo contenuto delle bolle di pemfigo (Riforma medica, 13 juin 1892, p. 699).

Liquide provenant des bulles développées chez un enfant de 4 ans, atteint depuis un mois d'une affection bulleuse accompagnée de prurit, occupant le visage, les régions mésogastrique et hypogastrique, le scrotum, la région antérieure des avant-bras et des genoux, la paume des mains et la plante des pieds.

Le liquide d'une première bulle avait une réaction très faiblement alcaline, il donnait 7 gr. 34 0/0 de cendres renfermant 6 gr. 90 de matières organiques et 0,44 de matières minérales comprenant principalement des sulfates et des chlorures de sodium, une faible quantité de carbonate de chaux, des traces de fer.

L'examen du liquide d'une autre bulle a montré que les sulfates étaient le résultat de la transformation du soufre entrant dans la constitution de l'albumine.

L'auteur, rapprochant ces analyses de la précédente, conclut que, dans les formes aiguës de pemphigus, le contenu des bulles a la même composition que le sérum sanguin.

Georges Thibierge.

Pityriasis rubra pilaire. — Galewsky. Ueber pityriasis rubra pilairs. (Verhandlungen der Deutschen Dermatologischen Gesellschaft. Wien et Leipzig, 1892, p. 222.)

Depuis le remarquable travail d'Ernest Besnier, les publications relatives à la maladie décrite sous le nom de pityriasis rubra (Devergie, Richaud, Besnier) se sont multipliées à un point extraordinaire. En Allemagne les communications concernant cette affection sont restées jusqu'ici isolées et les études détaillées font défaut. Cela est d'autant plus regrettable que la question du pityriasis rubra se relie étroitement à celle non encore résolue du lichen ruber.

L'auteur rapporte ensuite deux cas qu'il a eu l'occasion d'observer dans la clinique du professeur Neisser à Breslau. Le premier est un cas typique de la maladie de Devergie. 189

anı

aui

anı

nic

pas

sen l'in

6

env

pie

ains

de j

squ

pou

don

exe

d'au

gris

ni e

con

Ent

part

dur

L

che

saie

d'un

ses

des

unif kéra

main

tion

les I

strie

reme

tensi

TB

plâtr

à pe

mais

corn

suite

Le malade se présenta pour la première fois à la clinique le 20 mars 1891. Jamais de maladie de la peau dans sa famille. L'affection actuelle aurait débuté subitement la nuit il y a 14 ans, à l'âge de 6 ans; le matin il aurait remarqué l'éruption sur les mains, les pieds et le corps. Pendant des années il aurait été traité par des pommades, des bains, etc., et par l'arsenic d'une manière continue sans avoir jamais été guéri; une amélioration passagère se serait parfois produite spontanément. Il n'a jamais été sérieusement incommodé, le prurit était léger, la sensation de tension modérée; l'insensibilité des mains était le symptôme le plus pénible.

Quand ce malade entra à la clinique, presque toute la peau était envahie; les surfaces de flexion des membres, le dos des mains et des pieds, les faces dorsales des deuxièmes phalanges (à l'exception du pouce) ainsi que celles des orteils étaient relativement indemnes. Les follicules de presque tout le corps étaient rouges et séparés les uns des autres par des cônes fortement kératinisés, qui portaient à leur surface de petites squames furfuracées ; les boules cornées étaient elles-mêmes coniques, gris blanc sur les phalanges, jusqu'à rouge brunâtre sur les membres inférieurs, pourvues ou non d'un poil ou d'un tronçon de poil, sèches, dures ; la peau donnait au toucher la sensation d'une râpe aiguë. En quelques points, par exemple sur les phalanges, les cônes cornés étaient très adhérents; en d'autres on les enlevait facilement par le grattage, laissant une dépression gris rougeatre, légèrement humide, qui n'était le siège ni d'exsudation ni d'hémorrhagie. Sur les premières phalanges des doigts il y avait des conglomérats en forme d'îlots de cônes isolés, correspondant aux follicules. Entre les follicules la peau était molle, légèrement infiltrée, blanc gris et partout recouverte de fines squames. Pas d'infiltration proprement dite, dure.

La desquamation furfuracée blanche était surtout prononcée sur le cuir chevelu, les pavillons des oreilles, dans la région des sourcils qui paraissaient comme saupoudrés de farine, la face elle-même n'était le siège que d'une très légère desquamation furfuracée, sur les deux ailes du nez masses squameuses solides, dures, blanches. La paume des mains et la plante des pieds étaient recouvertes de masses cornées, solides, dures, jaune uniforme, qui étaient traversées par des fissures et des rhagades; cette kératinisation uniforme s'étendait aux bords des doigts, des orteils, des mains jusqu'à la face dorsale où elle s'arrêtait par une ligne de démarcation assez nette. Les masses cornées des deux côtés se rejoignaient sur les phalanges terminales, sur toutes les autres elles se réunissaient au niveau de l'articulation. Les ongles étaient friables, soulevés, épaissis, avec stries longitudinales. Les ganglions inguinaux et cervicaux étaient légèrement engorgés. État général bon; pas de prurit, légère sensation de tension de la peau, rien du côté des organes internes.

TRAITEMENT: arsenic à l'intérieur à doses croissantes; pommades, emplâtres, frictions alcooliques, etc. Pendant ce temps l'état du malade resta à peu près le même; les emplâtres produisirent une légère macération, mais n'amenèrent pas de guérison et ne firent pas disparaître les cônes cornés. Il ne survint d'amélioration appréciable qu'au milieu de mars à la suite de l'application, une fois par semaine, d'une pommade de chrysarobine

S

ıŧ

S

li-

d,

es

et

la

ue

ns

ue

à 10 0/0. La peau desquama complètement, un traitement consécutif avec une pommade de vaseline et de plomb la rendit souple et lisse, les cônes cornés avaient disparu et il n'en était pas survenu de nouveaux. L'amélioration était peu marquée seulement sur les faces dorsales des phalanges et au niveau des sourcils. Le malade continuait à prendre des pilules d'arse. nic et depuis la fin de mars le traitement local consistait en bains quotidiens prolongés et onctions avec la vaseline plombique, etc. A ce moment la peau commença à rougir fortement d'une manière générale, infiltration plus accusée, état correspondant complètement à la deuxième phase inflammatoire de Besnier. Les papules étaient également plus saillantes, plus rouges et plus brillantes qu'au moment de l'admission du malade, de telle sorie que tout observateur qui le voyait pour la première fois devait penser à un lichen ruber acuminé commençant. Par suite, à partir du milieu de mai, on prescrivit des injections arsenicales faites chaque jour, en commençant par 1 centigr. jusqu'à 1,5 centigr., bains chauds prolongés jusqu'à 6 h. de durée, suivis d'onctions avec la vaseline salicylée. Sous l'influence de cette médication la peau devint de nouveau lisse et pâle et la dermatite secondaire disparut. En beaucoup de points, notamment à l'avant-bras et sur la cuisse, on put constater les premiers signes d'une guérison définitive, de petites dépressions brillantes, atrophiques, cicatricielles, arrondies, de la dimension d'une tête d'épingle, avec atrophie du follicule; sur les deux genoux les follicules étaient enfoncés, entourés d'un anneau blanc, cicatriciel, atrophique. Par contre, d'autres papules, sur l'avant-bras et la cuisse, présentaient de nouveau une saillie et une kératinisation plus accusée, comme si elles eussent été en voie d'éruption récente. Le 1er juin, traitement à la chrysarobine et jusqu'au départ du malade bains prolongés quotidiens et onctions avec la vaseline salicylée; on supprime l'arsenic à partir de ce moment. Depuis cette époque le malade prend des bains plusieurs fois par semaine et n'emploie plus que les onctions ci-dessus. L'état s'est notablement modifié, la peau est molle sur tout le corps, notamment à la face, les lamelles cornées de la paume des mains et de la plante des pieds ont perdu au moins un tiers de leur épais seur, les ongles sont plus lisses; on voit encore, il est vrai, les cônes cornés, mais ils sont moins saillants et dépassent à peine le niveau de la peau. Un point important à signaler est la présence de dépressions arrondies, atrophiques, brillantes, correspondant aux follicules détruits; en très grand nombre sur les cuisses, les bras et aussi sur le thorax, ces dépressions ne se sont produites que pendant le traitement. Les bains et les pommades salicylées ont donné des résultats véritablement extraordinaires.

Le second cas a eu une marche essentiellement différente. Ce malade, âgé de 40 ans, entra à la clinique à la fin de mai 1890.

Jusqu'à présent il aurait toujours été bien portant, parents sains. Trois semaines avant son admission, tuméfaction de la face survenue subitement avec papules qui, au bout de 5 jours, se seraient couvertes de squames et auraient été dès lors le siège d'un prurit fréquent. L'éruption se serait ensuite étendue d'une manière continue par l'apparition successive de nouvelles papules et leur confluence, prurit très intense, même intolérable la nuit. Dans les dernières semaines, il aurait eu certains jours une fièvre vive.

É

man

couc

nom

nota

sont

les 1

des

corn

sont

tie ir

nulle

tout

lade

est t

cass

norn

Le

attei

efflor

form

rent

qu'u

bain

pota

lon

imm

et le

nouv

senie

efflor

essa

savo

il su

déce

lopp

d'un

rigin

verts

15 jo

cale.

ces.

let 1

de sa

Or

pond

gion

cas.

Or

État actuel. - La peau, à partir du cuir chevelu jusqu'au niveau des mamelons en avant, jusqu'à la crête de l'anus en arrière, jusqu'au pli du coude sur les membres supérieurs, est épaissie, rouge, recouverte de nombreuses squames blanchâtres, finement furfuracées; partout, mais notamment sur la face, les divisions, les crevasses et les sillons de la peau sont plus prononcés. Le cuir chevelu, la peau des arcades sourcilières, les pavillons des oreilles sont comme saupoudrés de farine. Chute légère des cheveux, abondante des sourcils. Il y a partout des papules avec cône corné, correspondant aux follicules, ces papules coniques très dures, rouges, sontsouvent confluentes vers la partie supérieure, disséminées vers la partie inférieure; sur l'abdomen, elles sont plus aplaties et plus larges, mais nulle part ombiliquées. A la limite de la peau normale, les follicules sont partout très proéminents. La paume des mains, comme chez le premier malade, est couverte de masses cornées épaisses, sur la face dorsale, la peau est très crevassée, épaissie, rouge et squameuse. Les ongles sont épais et cassants. Prurit intense, état général satisfaisant, pas de fièvre, muqueuses normales. Rien du côté des organes internes.

Le malade resta ainsi près de 10 mois en observation. Au début, il était atteint en même temps de fièvre intermittente et d'urticaire, dont les efflorescences n'étaient pas visibles par suite de l'épaississement uniforme de la peau, plus tard, pendant et après la guérison, elles devinrent facilement reconnaissables. Les premiers mois, on ne prescrivit qu'un traitement local (pommades au sublimé, à l'acide phénique, etc., et bains). Malgré ces applications, prurit intense, insomnie. Le bromure de potassium calmait les démangeaisons, mais elles revenaient toujours. Si l'on suspendait 3 à 4 jours le traitement local, les lésions disparaissaient immédiatement; en dehors de la macération produite par les pommades et les bains, les efflorescences cutanées n'étaient pas modifiées. Pas de

On ne constata de changement appréciable que sous l'influence de l'arsenic. Au bout de 15 jours le prurit avait disparu et, après 5 semaines, les efflorescences étaient presque complètement effacées, de telle sorte qu'on essaya de suspendre le traitement local (bains, pommades, emplâtre de savon salicylé). Au bout de 8 jours, le traitement arsenical étant continué, il survint une 1re récidive, après 3 semaines une 2º récidive et jusqu'en décembre 1890, de petites poussées isolées. A chaque récidive il se développait des cônes cornés typiques correspondant aux follicules, du volume d'une tête d'épingle, clairs, de la couleur de la peau normale et non prurigineux; ces cônes étaient traversés à leur centre par un poit, et recouverts de squamules très fines, et disparaissaient de nouveau au bout de 16 jours en moyenne sous l'influence de l'arsenic et de la médication locale. Le malade partit à la fin de décembre, il n'y avait plus d'efflorescences, seulement une légère pigmentation brune, pas de cicatrices. En juillet 1891, l'auteur a revu ce malade, son état était le même qu'au moment de sa sortie ; pas de récidive.

On a soumis à l'examen microscopique 11 fragments de peau, correspondant ensemble à peu près à 25 papules isolées et pris sur diverses régions du corps (thorax, cuisse, avant-bras, dos, abdomen), dans les deux cas. Dans toutes les préparations le réseau de Malpighi était légèrement

ec

es

0-

et

10.

ns

la

118

a-

rte

à

de

mrés

ée.

et

m-

ies

es,

ro-

ou-

es,

ine ion

du

ée; na-

les

sur

des

ais\*

OP-

au.

ies,

and

ne

sa-

de,

rois

ite-

ua-

n se

sive

olé.

une

nouvelles poussées.

hypertrophié, les prolongements étaient tuméfiés et allongés mais sans jamais atteindre la longueur et l'hypertrophie observées dans le lichen plan. La couche muqueuse était légèrement épaissie, tandis que la couche granuleuse était parfois atrophiée, phénomène que l'on ne peut expliquer. Partout il existait une accumulation considérable de lamelles cornées disposées d'une manière uniforme, où se trouvaient fréquemment des restes de noyaux colorables disséminés ou en groupes. Les cônes cornés s'élevaient presque uniquement au-dessus des glandes sébacées, c'est-à-dire des follicules pileux, très rarement au-dessus des glandes sudoripares; dans ce dernier cas on ne constatait pas d'altérations des glandes ellesmêmes, on reconnaissait dans le cône corné le canal excréteur des glandes sudoripares sous forme d'une ligne spirale. L'auteur n'a jamais observé de dilatation kystique avec masses de détritus au-dessous du derme, comme Jacquet-Besnier. Sur deux fragments on voyait les cônes doubles ou jumeaux au sens de Bœck, dont l'un pouvait être en général regardé comme un petit appendice de l'autre plus gros; il n'a pas rencontré souvent ces cônes jumeaux. Les follicules pileux avaient l'aspect normal dans leur partie inférieure; en haut, ils étaient dilatés en entonnoir et remplis d'épaisses lamelles cornées, à disposition concentrique. Les parois de l'infundibulum présentaient les mêmes modifications légères que le réseau de Malpighien général, la couche granuleuse était tantôt hypertrophiée, tantôt à peine reconnaissable, la couche muqueuse légèrement épaissie. Les poils ne sont pas altérés, ils sont les uns saillants, les autres cassés ou tombés avec le cône corné; dans ce dernier cas l'infundibulum est rempli, parfois même complètement, de lamelles cornées anciennes et récentes à stratification concentrique. Dans le derme, la prolifération des cellules fixes de tissu conjonctif est à peine plus accusée qu'à l'état normal; çà et là, le long des vaisseaux et dans de petits foyers, infiltration en quelques points de petites cellules. Pas d'hyperpigmentation ni d'altérations du tissu fibrillaire et élastique. Rien de pathologique dans les couches profondes du chorion.

Au microscope, on ne trouve donc dans ces deux cas comme dans ceux de Jacquet-Besnier, de Taylor, qu'une hyperkératose extraordinairement développée, dont le siège principal se trouve sur les parois de l'infundibulum des follicules et des glandes sébacées en rapport avec eux. Il n'a vu nulle part une connexion entre la kératinisation et les poils ou les gaines des poils au sens de C. Bœck. L'affection est donc, contrairement au lichen ruber plan, une maladie ayant pour origine exclusive le réseau de Malpighi et dans laquelle, à l'inverse de ce qui se passe pour le lichen plan, le derme n'est affecté que d'une manière secondaire et ne l'est d'ordinaire que légèrement, au moins dans ces cas.

Si l'on compare les deux cas, on voit que dans le premier on a incontestablement affaire à un pityriasis rubra pilaire typique. Tous les symptômes cliniques, la longue durée, la bénignité relative de l'affection, le léger prurit, l'état général bon, la résistance à l'arsenic longtemps continué, la guérison sans pigmentation, avant tout la localisation des efflorescences, leur première apparition sous forme de petites cônes épidermiques, le résultat de l'examen microscopque excluant absolument tout autre diagnostic. Il ne s'agit pas d'un lichen ruber acuminé, mais d'une majadi

le d

che

sis :

tose

obs

côn

dan

à l'

sive

il s

àla

faci

et

qui

1

que

nig

sul

ent

évi

D'a me

n'e

de

pe

de

lic

le

CO

lac

ma

pa

jadie sui generis. C'est ce que tout observateur admettra, aujourd'hui, même le défenseur le plus enragé de l'unité du pityriasis rubra piliaire et du lichen ruber. On peut éliminer avec la même assurance l'ichtyose, le pityriasis rubra d'Hebra, le psoriasis et l'affection désignée sous le nom de kératose pilaire (Brocq). Mais il est intéressant de constater que le symptôme observé par Besnier et Brocq dans la kératose pilaire, la guérison des cônes avec dépression atrophique consécutive, a été constatée également dans le cas I. Quant à la kératose pilaire, Brocq et Besnier ont cherché à l'expliquer par l'action d'une infiltration circumpilaire faible et progressive mais continue (travail inflammatoire circumpilaire), dans le cas actuel il serait plus rationnel d'admettre que cette atrophie des follicules est due à la pression constante exercée sur le follicule par le cône corné dur, rigide En tout ce phénomène qui a son analogue surtout dans la kératose pilaire faciale (folliculitis rubra de Wilson et ulérythème ophryogenes de Tänzer) et dans la folliculite décalvante, mérite un nouvel examen approfondi, qui donnera peut-être de nouvelles indications sur la parenté de ces deux affections.

Le diagnostic dans le second cas était plus difficile que dans le premier. On a affaire ici à une maladie dont les caractères cliniques sont typiques pour le lichen ruber acuminé de Kaposi (à marche relativement bénigne). Le développement rapide, la couleur rouge des papules d'ancienne date, l'épaississement et la rugosité de la peau, l'intensité des symptômes subjectifs, le prurit intolérable, trop constant pour pouvoir être rattaché entièrement à l'urticaire, l'insomnie, la prostration générale, la guérison évidente dès que le malade supportait des doses élevées d'arsenic, ont été indiqués par Kaposi comme caractéristiques pour son lichen ruber acuminé. D'autre part, la guérison sous l'influence de l'arsenic, la durée relativement courte de l'affection, le prurit dû, au moins en partie, à l'urticaire n'excluent pas le diagnostic de pytiriasis rubra pilaire; en faveur de ce dernier on peut noter que les papules apparurent d'abord sous forme de petites saillies épidermiques claires, de la coloration de la peau normale, puis la localisation correspondant aux follicules, mais surtout le résultat de l'examen microscopique.

Il faut éliminer, au point de vue du diagnostic différentiel, le psoriasis, le pityriasis rubra (Hebra), la kératose pilaire, l'ichtyose folliculaire, le

lichen plan de Wilson; il est inutile d'insister sur ce point.

L'auteur se borne à dire ici que l'on peut réunir avec assez de certitude le lichen ruber de Taylor et Robinson au pityriasis rubra pilaire. Il lui suffit de renvoyer aux arguments en faveur de cette manière de voir qui ont été développés par Brocq, Besnier et Hans Hebra; tout en étant complètement de leur avis, il croit cependant que dans cette forme de maladie il y aurait encore à établir une classification plus précise d'après la marche aiguë ou chronique, la bénignité, etc.,.

En résumé :

1º Le pityriasis rubra pilaire décrit par Devergie-Richaud, Besnier, est identique au lichen ruber des Américains (Taylor-Robinson) et à une grande partie des formes morbides décrites jusqu'ici sous le nom de lichen ruber acuminé bénin de Kaposi.

2º Le pityriasis rubra pilaire est une hyperkératose purement exfoliative, il faut le séparer nettement du lichen plan de Wilson.

3º Le lichen ruber acuminé d'Hebra-Kaposi reste, d'après les observa-

tions faites jusqu'ici, une maladie sui generis.

4º Dans tous les cas douteux il faut avoir recours à l'arsenic, car il paraît avoir dans quelques cas une efficacité incontestable. Comme traitement local, les meilleurs résultats ont été obtenus avec les bains prolongés et traitement consécutif par des pommades salicylées, alternant avec des cures cycliques d'onctions de chrysarobine.

Discussion. — M. Neisser a modifié ses idées depuis un an environ. Il croyait à cette époque que le lichen ruber acuminé et le pityriasis rubra étaient des affections identiques. Depuis lors l'observation clinique et l'examen microscopique lui ont appris qu'il faut maintenir un lichen ruber acuminé tel que l'ont décrit Hebra et Kaposi, mais qu'il existe aussi incontestablement une maladie décrite par les Français sous le nom de pityriasis rubra pilaire, que ce sont par conséquent deux affections qui n'ont absolument rien de commun.

Le lichen ruber acuminé n'est en réalité qu'un frère du lichen ruber plan; d'après le petit nombre de cas qu'il a vus, c'est une maladie relativement maligne, évoluant plus ou moins rapidement avec atteinte grave de l'organisme, réagissant très bien sous l'influence du traitement arsenical et ne laissant pas sur la peau une lésion permanente visible. Au contraire, le pityriasis rubra pilaire avec sa marche complètement chronique est une affection bénigne par elle-même, n'altérant en rien l'état général, ne réagissant pas du tout sous l'influence de l'arsenic, ayant déterminé dans le cas ci-dessus l'atrophie durable des follicules on devrait, à proprement parler, la ranger parmi les variétés d'ichtyose ou de kératose.

L'auteur préférerait de beaucoup le nom de kératose folliculaire rubra. Les dessins microscopiques présentés par l'auteur précédent confirment pleinement cette manière de voir, qui est celle de lui, Neisser. Pas trace d'infiltration inflammatoire dans les papules, tandis que dans le lichen ruber, tout au moins dans le lichen ruber plan, on regarde en général l'infiltration inflammatoire comme un facteur important, peut-être même comme le facteur primaire.

Tout serait bien ainsi sans le second cas, et qui remet en question cette solution si simple en apparence. Il s'agit d'un malade dont l'affection correspondait cliniquement au lichen ruber acuminé (marche rapide, atteinte indéniable de l'organisme, prurit, réaction sous l'influence du traitement arsenical); mais les résultats de l'examen microscopique se rapprochent absolument de ceux du soi-disant pityriasis rubra pilaire. Cette difficulté laisse en réalité l'orateur perplexe pour le moment, et il la signale pour provoquer de nouvelles recherches, surtout microscopiques.

Il doit avouer que l'état de la question est ainsi complètement modifié. En effet, ledit pityriasis rubra pilaire paraît seul sûrement établi, la maladie décrite sous le nom de lichen ruber acuminé ne l'est pas tout à fait, ou du moins on n'a pas constaté d'analogie microscopique entre la forme acuminée et la forme plane. Quelques auteurs s'appuient sur l'apparition simultanée sur le même malade de papules de lichen ruber plane t de

No dent avai des

papt

la ke les e n'au mine

M pour des

lopp qu'il déve M riasi Pour

cert

mon fait gnos que son rube dias

lesq leur des squa infil diag

che miè mai sou sou

par

leur dur sec papules de lichen ruber acuminé, pour prouver l'existence d'une forme

Neisser a vu récemment une dame âgée qu'il avait traitée l'année précédente pour un lichen ruber plan et qui maintenant, alors que l'affection avait disparu depuis longtemps, présentait sur les deux avant-bras des papules acuminées, rouges, tout à fait superficielles, non prurigineuses, isolées ou groupées, qui correspondaient certainement à celles de la kératose folliculaire (ou pityriasis rubra pilaire). Si par hasard ces papules étaient survenues en même temps que le lichen ruber plan, personne n'auraitdouté de la coexistence du lichen ruber plan et du lichen ruber acuminé, tandis que dans ce cas, les papules n'avaient en réalité rien de commun avec le lichen ruber, comme la marche ultérieure l'a démontré.

M. Kaposi se borne à répéter ce qu'il a dit à plusieurs reprises, que, pour lui, le pityriasis rubra pilaire et le lichen ruber acuminé, en dépit des différences signalées de divers côtés, sont des processus identiques, et que cette opinion résulte de la connaissance de formes intermédiaires, certains symptômes étant plus accusés ou absents ou plus faiblement développés dans l'une ou l'autre forme. Il ne peut que renvoyer ici au mémoire qu'il a lu à Paris, et principalement à la partie concernant les formes de développement du lichen ruber qui correspondent à la kératose folliculaire.

M. Neumann. - L'orateur ne dira que quelques mots d'un cas de pityriasis rubra pilaire qui est en traitement depuis 18 mois dans sa clinique. Pour lui aussi, le diagnostic n'a pas été facile. En effet, ce qu'on lui avait montré à Paris, en 1889, sous le nom de pityriasis rubra pilaire lui avait fait l'impression d'un lichen ruber acuminé; on ne peut pas porter un diagnostic certain d'après des dessins et des moulages, souvent ce n'est que d'après la marche ultérieure de la maladie. Au début, il croyait que son malade était atteint d'un érythème toxique, plus tard d'un lichen ruber et ce n'est que par une observation attentive qu'il est arrivé à un diagnostic exact. Ce sont notamment les papules punctiformes du tronc, lesquelles ne consistent qu'en épiderme desséché, leur évolution éphémère, leur groupement sur la première phalange, correspondant à l'émergence des poils, la rougeur diffuse précédant la formation des papules, l'amas de squames et la faible infiltration concomitante de la peau et des follicules, infiltration constatée également au microscope, qui ont permis de faire le diagnostic d'hyperkératose rubra pilaire.

M. Blaschko. — Dans un cas de pit riasis rubra pilaire qu'il a observé, chez une jeune fille d'environ 20 ans, l'affection avait débuté sur les premières phalanges des doigts, puis s'était étendue à la face dorsale des mains, aux avant-bras, aux cuisses et aux jambes, où elle se présentait sous l'aspect de plaques isolées plus ou moins étendues, en partie encore sous forme de cônes cornés acuminés, correspondant aux follicules, en partie aussi sous celle d'un eczéma rouge, squameux. La malade qui était venue à la policlinique pour des verrues aux mains ne revint pas après leur guérison. Ce cas lui paraît intéressant parce que malgré sa longue durée (6 à 8 ans) et bien qu'en quelques points se fût déjà développée la seconde phase de l'affection (d'après Besnier), la maladie n'avait pas envahi le reste du corps, mais était limitée au petit nombre de points indi-

qués. D'une manière générale Blaschko ne croit pas qu'on puisse ranger le pityriasis rubra pilaire dans la même catégorie que le lichen ruber plan, affection qui est incontestablement de nature inflammatoire et dont l'apparition n'est nullement liée aux follicules pileux. Si l'on tient à rapprocher le pityriasis rubra pilaire d'un groupe de maladies, il signalera deux affections avec lesquelles il a une certaine parenté. C'est d'abord le lichen pilaire ou la kératose pilaire, maladie très bénigne, connue d'ancienne date et très répandue, en général congénitale et héréditaire, qui atteint la surface d'extension des avant-bras et des cuisses, parfois aussi la tête, la face et les sourcils (peut-être identique à l'ulérythème ophryogène d'Unna). La seconde affection dont l'orateur veut parler serait la kératose ou ichthyose folliculaire, récemment décrite à nouveau par White, Darier, Lustgarten, etc., et signalée pour la première fois par Darier sous le nom de psorospermie cutanée. Étiologiquement, ces trois affections peuvent certainement s'écarter beaucoup les uns des autres, elles peuvent aussi dans leur évolution clinique présenter de grandes différences ; dans l'une il s'agit d'une maladie héréditaire, dans les autres d'une affection acquise. Mais anatomiquement elles se réunissent en tant que toutes les trois affectent les follicules pileux et y produisent des kératinisations anormales. Si l'on veut constituer un groupe, peut-être pourrait-on réunir ces affections sous le nom de kératoses ou parakératoses folliculaires.

M. Nessea ne comprend pas le point de vue auquel se place Kaposi. Il admet parfaitement qu'il soit tout à fait impossible pour le moment, dans la plupart des cas, à la suite d'un seul examen et sans observation ultérieure de la marche de la maladie et de l'influence du traitement de faire le diagnostic différentiel entre le lichen ruber acuminé et le pityriasis rubra pilaire.

A propos du second malade, il a même signalé les difficultés soulevées par la parenté clinique de ce cas avec le lichen ruber, de l'autre sa ressemblance microscopique avec une forme de kératose. Mais il ne faut pas conclure de là, comme le fait Kaposi, à une identité effective de deux maladies. En tout cas, il aurait été particulièrement satisfait si un observateur aussi sagace nous avait dit s'il rapporte aussi ce cas au lichen ruber acuminé. Il est persuadé que Kaposi sait très bien ce qu'il veut, mais qu'il ne veut pas le dire.

M. Kaposi. — Non, je ne le sais pas, et j'ai toujours déclaré, même à Paris, qu'on ne pouvait pas encore le savoir; que des cas pareils à celui présenté puissent faire partie des kératoses, il l'a dit dans son mémoire, lu à Paris.

M. Neisser. — Il serait donc ainsi constaté que cette forme est quelque chose d'autre que le lichen ruber acuminé.

M. Kaposi. — Parfaitement (interruption du professeur Lang: nous retenons expressément cet aveu), ce sont des cas de kératose, si ce ne sont pas du lichen ruber acuminé.

M. Neissen. — Nous aurions fait ainsi un grand pas en avant et notre tâche consistera à établir dans tous les cas, principalement par l'examen microscopique soit le tableau inflammatoire du lichen ruber, soit le tableau simplement hyperkératosique du pityriasis rubra pilaire.

op

dr

do

été

av

bo

tin

alc

cié

L

foi

le

cre

nie

le

8'8

ce

ce

ma

no

qu

Pu

ja

de

tic

gi

de

Pi

M. v. Sehlen. — A la remarque de M. Blaschko, que l'ulérythème ophryogène d'Unna paratt peut-être identique au lichen pilaire, il répondra qu'il s'agit d'un processus complètement différent, auquel Unna a

donné pour cette raison un nom particulier.

ıt

).

X

n

e

a

a

e

e r-

ie

X

n

le

is

8

18

X

-

n

ai

IS

u

M. Arning. — Quand il a vu le front et le cuir chevelu du malade qui a été présenté, il a trouvé qu'il y avait là une ressemblance incontestable avec une affection qui lui est familière, en raison de sa fréquence à Hambourg. Il s'agit d'un processus évoluant avec rougeur diffuse, légère kératinisation des orifices folliculaires, croissance irrégulière des cheveux, alopécie et légère atrophie de la peau, cet état est presque toujours associé à un lichen pilaire de la face d'extension des bras et des cuisses. L'affection débute, en général, sur la moitié externe des sourcils, mais parfois aussi dans l'espace intersourcilier, Taenzer l'a le premier décrite sous le nom d'ulérythème ophryogène. Il n'est pas de l'avis de M. Blaschko qui croit trouver une certaine connexion entre le cas présenté et cette dernière maladie décrite par Taenzer-Unna. Il a aussi le regret de contredire le précédent orateur quand il affirme que ledit ulérythème ophryogène s'accompagne de processus sycosique, c'est-à-dire produisant des cicatrices par suite de suppuration.

M. v. Sehlen tient seulement à constater que le point essentiel du processus désigné par Unna sous le nom d'ulérythème ophryogène est la formation de cicatrices sur un terrain préalablement rouge, comme l'indique le nom. Chez Taenzer qui, comme on le sait, a décrit le premier sous ce nom sa propre affection, les cicatrices étaient nettement formées, tandis qu'elles n'existent pas chez le malade en question.

A. Doyon.

Purpura hémorrhagique. — Vigenaud. Purpura hémorrhagique; mort. (Archives de médecine et de pharmacie militaires, juillet 1892, p. 51.)

Militaire en traitement à l'hôpital depuis 22 jours pour une fracture de la rotule; début des accidents par une épistaxis très abondante, difficile à arrêter; quatre jours plus tard taches de purpura sur les cuisses et les jambes, puis hématurie extrêmement abondante, mort subite le 8° jour. A l'autopsie, tous les organes sont sains, il y a une quantité considérable de sang dans les côlons transverse et descendant, pas de sang dans l'articulation du genou correspondant à la fracture de la rotule.

L'auteur rappelle à propos de ce fait les observations de purpura d'origine traumatique, mais fait remarquer que le traumatisme a été séparé de la première hémorrhagie par un très long espace de temps.

Georges Thibierge.

Purpura hémorrhagique. — A. Michel-Dansac. Leucocythémie suraiguē (purpura hemorrhagica). (La Médecine moderne, 20 octobre 1892, p. 645).

Jeune homme de 17 ans, d'une santé excellente, pris subitement d'une épistaxis abondante qui se répète aussi abondante pendant 3 jours consé-

cutifs; le 3º jour, petits frissons répétés, abattement général, céphalée vague, gravative et taches rouges disséminées sur les cuisses et sur le tronc. A l'entrée à l'hôpital (4º jour de la maladie), teinte jaunâtre claire et légèrement terreuse des téguments; muqueuses décolorées; taches ecchymotiques sur les membres inférieurs, irrégulièrement disséminées. asymétriques, atteignant en général celles d'un gros pois, deux cependant très considérables à la partie interne des mollets; ces taches ne sont pas saillantes et ne s'effacent pas à la pression; douleur vague, permanente avec paroxysmes dans la région précordiale, bruits du cœur sourds, éloignés, mal frappés, irréguliers, souffle prolongé systolique dans les vaisseaux du cou; foie indolent, débordant les fausses côtes d'un travers de doigt, lisse; rate volumineuse, diamètre transversal double de l'état normal; urines rares, renfermant du sang; augmentation notable du nombre des leucocytes, sans altérations des globules rouges ; les cultures du sang sur gélose restent toutes stériles; T. 39°,5. Les jours suivants, apparition de nouvelles taches purpuriques, ecchymose à la paupière inférieure gauche, langue sèche et noire, battements du cœur très faibles, précipités et irréguliers, torpeur, pas d'ædème, T. 390,2 à 390,8; état infectieux des plus graves, augmentation du nombre des leucocytes. Le 6º jour du séjour à l'hôpital, réapparition des épistaxis, puis coma et mort au bout de quelques heures.

A l'autopsie, ecchymoses péricardiques, foyers hémorrhagiques dans le muscle cardiaque au voisinage de sa surface externe; tube digestif normal; foie volumineux (2300 gr.), d'aspect graisseux avec sa surface parsemée de taches blanchâtres étoilées comme dans la leucocythémie classique, rate volumineuse (780 gr.), ayant l'aspect caractéristique de la leucocythémie, de couleur uniforme, rose pâle, de consistance ferme et presque élastique, criant sous le couteau; centres nerveux intacts; nulle part on ne trouve de trace de tuméfaction ganglionnaire soit dans les cavités viscérales, soit à la périphérie.

A l'examen histologique, on trouve dans tous les organes des embolies de leucocytes dans les capillaires sanguins et, en certains points, autour des vaisseaux sanguins et lymphatiques, des infarctus de leucocytes, les éléments nobles des organes ne sont pas altérés, il n'y a aucune lésion de dégénérescence soit des protoplasmas, soit des noyaux.

Les cultures des différents organes ont donné à l'état de pureté le bacillus coli, en grande abondance dans la rate, en très faible quantité dans les autres organes et dans le sang.

L'auteur insiste sur la rapidité d'évolution des accidents qui ne semble jamais avoir été aussi grande dans les faits antérieurs, si l'on en excepte les cas de leucocythémie terminés inopinément par des accidents suraigus. Il fait remarquer aussi qu'il s'agit d'un purpura hemorrhagica à allure infectieuse n'ayant rien de commun avec la forme hémorrhagique de la leucocythémie progressive ordinaire, toujours liée à la cachexie : à ce point de vue ce fait est des plus intéressants et est un nouvel exemple des surprises que réservent aux observateurs les maladies à purpura.

GEORGES THIBIERGE.

P

L'

actu

le pi

la fa

ques

nuai

c) fo

plus

ques

aux

L

sans

lésic

de g

cons

avec

clus

vent

une

eau

et q

légè

l'occ

flue

repa

sion

Ras

geo

coll

la s

fort

péra

a ét

Rhi

·C

L

Prurigo. — Tenneson. Du prurigo et du pruritus. (Médecine moderne, 11 août 1892, p. 505.)

L'auteur pense que le terme de prurigo doit s'appliquer, à l'heure actuelle, non pas au symptôme willanique, mais à un type morbide défini, le prurigo de Hebra; il faut cependant observer que, à côté du type décrit par Hebra, on rencontre des formes atypiques que M. Tenneson classe de la façon suivante: a) formes atypiques par le ur bénignité; b) formes atypiques par le renversement des influences saisonnières, le prurigo s'atténuant pendant la saison froide et se réveillant pendant la saison chaude; c) formes atypiques par l'époque du début qui a lieu à 10 ans, 20 ans et plus tard, comprenant le pruritus biennalis de Duhring; d) formes atypiques par le siège, s'atténuant de bas en haut et pouvant rester circonscrites aux membres supérieurs.

La dénomination de pruritus ne s'applique qu'à un prurit chronique, sans cause extérieure, sans lésion causale appréciable de la peau et sans lésions de grattage consécutives, tandis que les cas de prurit avec lésions de grattage doivent être rangés dans le prurigo. Le pruritus peut être circonscrit ou généralisé; le pruritus généralisé paraît surtout en relation

avec l'artério-sclérose et la néphrite interstitielle.

Le traitement du prurigo consiste exclusivement ou à peu près dans l'occlusion de la peau au moyen de la toile fine en caoutchouc; les colles peuvent également rendre des services. M. Tenneson recommande également une colle composée de grénétine 150 gr., gélatine 100, glycérine 300, eau 300, oxyde de zinc 100, qui ne se fendille pas et ne blesse pas la peau et qu'on peut empêcher de fondre à la chaleur du lit en appliquant une légère couche d'ouate sur la colle encore humide. M. Tenneson continue l'occlusion pendant une semaine environ; le prurit qui a disparu sous l'influence de l'occlusion reparatt parfois dès qu'on la cesse; d'autres fois il ne reparatt qu'au bout de quelques jours ou même de plusieurs mois; l'occlusion n'a aucun inconvénient au point de vue de la santé générale.

Georges Thibierge.

Rash dans la rougeole. — J. Harrison. Cases of « Rötheln » and red rash. (Brit. Journ. of Dermat., avril 1892, p. 112.)

L'auteur relate trente cas d'un rash scarlatiniforme secondaire à la rougeole, dans une épidémie d'une centaine de cas environ observés au collège de Clifton. Ces érythèmes généralisés, sans aucune parenté avec la scarlatine, car ils ont été constamment bénins, s'accompagnaient de fort peu de symptômes généraux, céphalalgie, mal de gorge, peu de température et jamais d'albumine.

La disparition rapide de l'érythème en quelques jours et sans reliquat a été la règle sans exception. R. Sabouraud.

Rhinosclérome. — P. Colombini. Sulla cura del rinoscleroma. (La Riforma medica, 13, 14, 15 septembre 1892, p. 699, 711, 722.)

Colombini rapporte et complète l'observation du malade qui a servi de

base au mémoire de Mibelli sur le rhinosclérome (voir Annales de dermatologie, 1888, p. 118). Depuis cette époque, de nouveaux nodules se sont développés sur le nez, le larynx s'est oblitéré presque complètement et on a dû pratiquer la trachéotomie; au mois de janvier 1891, le malade fut sonmis à 10 injections de lymphe de Koch à doses croissantes de 1 à 10 centigrammes; la réaction générale se produisit à la suite de plusieurs de ces injections, l'état général s'améliora, mais il n'y eut pas de réaction locale, ni de modifications dans les lésions locales; l'excision partielle et le raclage des nodules et des masses polypiformes ne parvinrent pas à empêcher la récidive.

L'auteur constate l'échec constant dans le rhinosclérome de toutes les médications naternes, quelles qu'elles soient, y compris les injections de tuberculine.

Force est donc de recourir au traitement local, qui peut être médicamenteux, chirurgical ou mixte. Les injections interstitielles de substances antiseptiques sont absolument inefficaces et doivent être abandonnées; quant aux applications de pommades à la surface des lésions, elles donnent des résultats peu satisfaisants, peuvent procurer des améliorations, mais jamais une guérison complète et durable.

Les résultats favorables obtenus par Doutrelepont avec la pommade au sublimé ne se sont pas reproduits entre les mains de Pick.

L'excision et la cautérisation ignée ont seules jusqu'ici donné des succès, quoique la destruction de quelques nodules seulement soit presque toujours suivie de la reproduction de la maladie et que l'on ne parvienne presque jamais à détruire complètement toutes les lésions. Malgré cela, c'est à la destruction aussi complète et aussi précoce que possible qu'on doit accorder le plus de valeur.

Quant aux applications de caustique après l'ablation ou la destruction des tissus malades, elles ne paraissent pas donner des résultats satisfaisants.

Georges Thiblerge.

Sarcomatose cutanée. — Samuel Sherwell. Multiple sarcomata. History of a case showing modification and amelioration of symptoms under large doses of arsenic. (The American Journal of the medical sciences, octobre 1892, p. 443.)

Il s'agit dans ce cas d'un malade de 39 ans, américain, d'excellente constitution, mais névropathe. Il vint consulter l'auteur vers la fin de février 1888, pour une tumeur ulcérée assez considérable située à la région postérieure de la cuisse gauche: sa partie inférieure atteignait le haut du creux poplité; un an auparavant, elle avait commencé sous la forme d'un noyau induré à bords enflammés, avait été constamment irritée par le siège dont le malade se servait, puis s'était ulcérée environ quatre mois avant que le Dr Sherwell ne la vit. La tumeur ayant rapidement augmenté, on se décida enfin à en pratiquer l'ablation, qui fut largement faite le 15 avril 1888: elle mesurait alors environ trois pouces et quart de diamètre, et la plaie qui en résulta avait quatre pouces et quart de diamètre; elle fut cautérisée à l'acide chromique et se cicatrisa fort lente-

Sher A l'ope à ter men d'au testi

rapi

men

de la tumo opér risa Puis d'un solu par gout tren

ving

extr

quel

aura

obli

deux diat Se sem dem laiss de la sclé

de n d'un un é et d Wh et a séar téris

teno

ment. L'examen histologique pratiqué par les Drs Elliot, Robinson et Sherwell, prouva qu'il s'agissait bien d'un sarcome.

A la fin de mai, le malade présentait encore une petite plaie, vestige de l'opération. Mais pendant ce mois, on vit se développer une autre tumeur à tendances rapidement ulcéreuses sur la cuisse droite, au-dessous du ligament de Poupart. Puis dans les trois mois qui suivirent, un grand nombre d'autres tumeurs apparurent en divers points du corps, vers les deux testicules, les parties latérales de la poitrine, les épaules, les bras; beaucoup étaient assez volumineuses, et elles se développaient avec plus de rapidité que ne l'avait fait la première.

Le 7 octobre, le Dr Sherwell lui enleva sous le chloroforme, la tumeur de la région fémorale, laquelle avait six pouces de diamètre, six autres tumeurs çà et là disséminées, ayant au moins le diamètre d'une pièce de cinq francs en argent, et une trentaine de tumeurs plus petites. Il les opéra soit par l'excision, soit par le raclage avec la curette; il en cautérisa les bords avec l'acide chromique, et pansa avec du cérat simple. Puis, environ 36 heures après l'opération, il soumit le malade à l'action d'un mélange de quatre parties de liqueur de Fowler et d'une partie de solution de Donovan, aux doses de huit gouttes du mélange quatre fois par jour (trente-deux gouttes par jour), en augmentant chaque jour d'une goutte chaque dose, jusqu'à ce qu'il fût arrivé à prendre de vingt-six à trente gouttes de cette solution quatre fois par jour (de cent quatre à cent vingt gouttes du mélange par jour!) (1). Avant d'atteindre ces doses extrêmes, et surtout lorsqu'elles furent atteintes, le malade présenta quelques phénomènes d'intolérance, moins marqués cependant qu'on aurait pu le croire au premier abord; néanmoins l'état de l'estomac obligea à plusieurs reprises de suspendre le médicament pendant un ou deux jours, jamais plus longtemps, et après ce repos, on reprenait immédiatement aux doses de dix gouttes quatre fois par jour.

Sous l'influence de cette médication, en l'espace de deux ou trois semaines, un grand nombre des petites tumeurs de la grosseur d'un demi-pois ou un peu plus, qui n'avaient pas été opérées, disparurent en laissant aux places qu'elles avaient occupées, une sorte d'état atrophique de la peau, semblable à celui qui succède aux plaques de morphée ou de sclérodermie. L'état du malade s'améliora assez pour qu'il pût, à la fin de cette année 1888, reprendre ses occupations dans une certaine mesure.

Depuis lors, il négligea son traitement, et dès le 15 février 1889, il était de nouveau couvert de tumeurs sarcomateuses variant comme dimensions d'un huitième de pouce à deux pouces et demi de diamètre. Il était dans un état d'affaiblissement extrême, très hyperesthésique, atteint d'insomnie et d'anorexie. Le médecin qui le soignait à cette époque, le Dr John B. Wheeler, ne crut pas pouvoir reprendre l'arsenic; il le soumit aux toniques et aux stimulants, et il lui enleva en deux mois et demi, en quatre séances, cent soixante-dix tumeurs; il les excisa avec des ciseaux et cautérisa les surfaces à vif avec le thermocautère; il les pansa antiseptique-

<sup>(1)</sup> Nous n'avons pas besoin d'insister ici sur l'énormité de ces doses : nous tenons à faire remarquer que ces chiffres ne sont pas des erreurs d'impression : ils sont parfaitement conformes à ceux du mémoire original,

ment, et, dès qu'elles commencèrent à bourgeonner, il les traita avec le baume du Pérou. Partout, sauf au cuir chevelu, la cicatrisation s'opéra parfaitement sans récidive in situ; mais à mesure que l'on enlevait des tumeurs, il s'en reproduisait encore plus vite de nouvelles sur la peau saine. Ce fut dans ces circonstances, que l'on commença le 1er mai 1889 à donner de nouveau le mélange de liqueur de Fowler et de solution de Donovan. On commença par des doses de dix gouttes, et peu à peu on arriva à des doses variant de dix-huit à vingt-cinq gouttes (1) jusqu'à l'apparition des phénomènes d'intolérance; on cessait alors pour reprendre aux doses de dix gouttes, et ainsi de suite. Au bout de quatre semaines de ce traitement, il devint évident qu'il ne se produisait plus de nouvelles tumeurs, et que celles qui s'étaient développées depuis la dernière opération, étaient plutôt en voie de régression. Vers la fin de juin, tout vestige de tumeur avait disparu, à l'exception d'une demi-douzaine qui persistaient sur la face et le cuir chevelu.

Vers la fin de juillet, les phénomènes d'intoxication arsenicale étaient tellement accentués que l'on supprima pendant dix jours ce médicament. Au bout de ce laps de temps l'état général était redevenu meilleur, mais une douzaine de tumeurs sarcomateuses s'étaient de nouveau développées sur le tronc et les extrémités.

Le 30 juillet on reprit l'arsenic. Pendant une semaine encore les tumeurs augmentèrent de volume, puis leur aspect devint moins inflammatoire et elles diminuèrent.

Le malade échappa ensuite à la surveillance des médecins, se négligea, et finalement succomba vers la fin de décembre aux progrès de la sarcomatose.

L'auteur fait suivre cette observation de quelques remarques fort importantes : 1° Les doses d'arsenic administrées ont été considérables puisqu'elles ont été en moyenne de six centigrammes et demi par jour ; 2° la tolérance du malade a été très remarquable, surtout si l'on veut bien considérer qu'il suffisait d'ordinaire de deux jours de repos pour faire disparaître tout phénomène d'intoxication ; 3° tant que l'on n'atteignait pas les doses toxiques, les doses élevées d'arsenic semblaient plutôt améliorer l'état général du sujet ; 4° ce qui est vraiment surprenant, c'est la rapidité avec laquelle les tumeurs se reproduisaient dès qu'on suspendait la médication arsenicale ; 5° un autre fait digne d'attention est la plus grande résistance des tumeurs de la face et du cou à l'action du traitement: cette particularité avait été déjà signalée par l'auteur dans des mémoires antérieurs.

Le D' Sherwell ne connaissait pas encore les bons effets de l'arsenic dans les sarcomes cutanés lorsqu'il a institué la médication précédente. Il avait été conduit à essayer ce traitement par les résultats qu'il avait déjà obtenus antérieurement avec cette substance contre d'autres tumeurs malignes. Il reconnaît d'ailleurs que Köbner a employé ce procédé bien avant lui. Il croit qu'il y aurait avantage dans un cas pareil à combiner

l'adm derm No nous avec

l'évo

Ca chez l'àge dant côté

Sarc

de to

U lésic tion

S

1

trou my: étai D tive san

la i due I mie sea

I

les

se par

<sup>(1)</sup> Le mémoire ne spécifie pas si c'était quatre fois par jour que le malade prenait ces doses; mais ce qui précède fait penser qu'effectivement ces doses énormes étaient répétées quatre fois par jour.

l'administration du médicament par le tube digestif et par la voie hypodermique.

Nous avons longuement analysé le travail du Dr Sherwell, parce qu'il nous a semblé qu'il était impossible de trouver un fait clinique démontrant avec plus de netteté l'action remarquable des hautes doses d'arsenic sur l'évolution des tumeurs sarcomateuses.

L. B.

# -J. E. Cohn. A case of multiple sarcoma. (Journal of cutaneous and genito-urinary diseases, p. 393, octobre 1892.)

Cas de sarcome alvéolaire à tumeurs multiples de tout le cuir chevelu, chez une femme de 52 ans. Elle a vu se produire la première tumeur à l'àge de 24 ans, elle lui fut enlevée par le Dr Simpson, d'Edinburgh. Pendant sept ans pas de récidive; puis apparition d'une nouvelle tumeur à côté de l'ancienne; nouvelle ablation : peu après, envahissement progressif de tout le cuir chevelu. Deux photographies sont annexées à l'observation.

L. B.

# Sarcome de la peau. — Phineas Abraham. On a peculiar case of pigmented sarcoma of the skin.

L'auteur expose la très intéressante relation d'un cas de sarcome mélanique généralisé à la face, à la poitrine, aux bras, etc.

L'évolution de la maladie se fit en 8 mois et se termina par la mort.

Une biopsie et une nécropsie incomplète ont permis de constater comme lésion principale une lymphodermie qui rapproche la maladie des descriptions données du mycosis fongoïde.

R. Sabouraud.

Sarcome du cuir chevelu. — A. Rossi. L'ulcerazione della pelle nei sarcomi a cute aderente. (Rivista clinica e terapeutica, juillet 1892, p. 393.)

Les recherches de l'auteur ont porté sur un sarcome du cuir chevelu trouvé à l'autopsie d'un sujet mort de sarcomatose généralisée et sur un myxo-sarcome enlevé chez un homme adulte; dans les deux cas la tumeur était adhérente à la peau.

Dans le premier cas, l'adhérence était produite par des fibres conjonctives partant des trabécules constituant le stroma de la néoplasie et s'unissant làchement aux fibres du tissu conjonctif sous-cutané. Dans l'autre cas, les adhérences étaient plus fortes et résistantes, les éléments propres de la néoformation envahissaient les couches cutanées et, se dissociant graduellement, arrivaient jusqu'à la couche muqueuse de l'épiderme

Dans ce dernier cas, outre l'hypertrophie mécanique des couches dermiques due à la stase, il n'y avait d'autre lésion que la dilatation des vaisseaux, surtout des veines, qui étaient remplis de globules sanguins.

Dans le premier cas, les lésions étaient plus accusées et consistaient en une dégénérescence du tissu conjonctif sous-cutané dont [les éléments ne se coloraient plus par les réactifs, et en foyers de dégénérescence occupant la couche réticulaire du derme et présentant des bifurcations ressem-

blant à celles des vaisseaux sanguins et renfermant des globules sanguins altérés.

L'auteur conclut de ces examens que, dans la peau qui recouvre un sarcome offrant avec elle quelques connexions conjonctives, la circulation sanguine subit une forte stase qui aboutit au développement de la thrombose; le thrombus se ramollit, tandis que la paroi des vaisseaux et quelques couches voisines sont envahies par des processus de régression; la stase et la thrombose produisent la dégénérescence graisseuse et la nécrose des éléments graisseux et des fibres du tissu connectif sous-cutané, ainsi que celle des glandes sébacées et des gaines des follicules pileux et l'atrophie du réseau de Malpighi.

La cause pathogénique de la stase semble être ordinairement la compression que la tumeur exerce de dedans en dehors sur les couches cutanées et qui empêche le retour du sang veineux; la thrombose résulte de causes diverses, parmi lesquelles il faut placer la stase, les lésions des parois vasculaires.

Georges Thibierce

Sueur. — P. Guizzetti. — Alcune osservazioni sulla reazione e sui componenti del sudore nell'uomo sano e nell'ammalato. (Rivista clinica, 31 mars 1892, p. 84.)

Les recherches de l'auteur ont porté sur la sueur provoquée chez 11 sujets différents (3 bien portants, 8 atteints d'affections diverses) par des bains de vapeur après lavage de la peau soit à l'alcool absolu ou à l'éther puis à l'eau distillée, soit, suivant la méthode de Luchsinger, successivement avec le savon, l'acide acétique étendu, l'éther, l'alcool et l'eau distillée, en employant des papiers réactifs assez sensibles pour permettre de reconnaître la présence d'une goutte d'ammoniaque dans un litre d'eau distillée.

Il résulte de ces recherches que, chez l'homme sain, la réaction de la sueur est acide au commencement et à la fin d'une sudation abondante neutre et quelquefois légèrement alcaline au milieu de cette sudation, au moment où elle est très abondanle et d'autant plus alcaline que la transpiration est plus abondante. Il est difficile de déterminer quelle est la réaction propre de la sécrétion des glandes sudoripares, car la transpiration comprend non seulement cette sécrétion mais encore celle des glandes sébacées et différents autres éléments; cependant il est probable qu'elle est acide, parce que la réaction est toujours acide à la paume des mains et à la plante des pieds, régions qui ne renferment que des glandes sudoripares, parce qu'elle est toujours acide au commencement de la transpiration quand elle ne forme que de très petites gouttes et à la fin de la transpiration. La réaction alcaline qui se produit au milieu de la transpiration est due à la transsudation d'un liquide provenant du sang ou du plasma interstitiel. Cette réaction alcaline ne se montre, chez l'homme bien portant, que dans les transpirations très profuses, et quand l'hyperémie de la peau est à son maximum, tandis que dans les néphrites elle se montre souvent des le début de la transpiration, est plus intense et plus persistante

XUM

que tam

L

trac

la s

ren

est

dan

nor

Zon

her

jus ma cut

dè

gé

Er

ch

fia

g

a

té

c

L

que chez l'homme sain. Dans l'arthrite déformante, la réaction est constamment acide.

La sueur provoquée par les bains de vapeur contient de très légères traces d'un albuminoïde, mais il est probable que celui-ci n'existe pas dans la sueur sécrétée dans les conditions ordinaires, de même que l'urine n e renferme pas d'albumine à l'état normal, et peut en refermer quand elle est sécrétée sous l'influence d'irritants du rein.

La sueur renferme toujours de l'urée, mais en quantité plus considérable dans la néphrite interstitielle que dans les autres affections et qu'à l'état normal.

Georges Thibierge.

Zona. — Fatichi. Zoster femoralis (varietá femoro-glutea) con adenopatie zosteriane. (Lo Sperimentale, 15 mars 1892, p. 85.)

Observation d'un garçon de 15 ans, présentant en même temps qu'un herpès zoster fémoral, des ganglions inguinaux volumineux, atteignant jusqu'au volume d'une muscade, douloureux à la pression et pendant la marche; ces adénopathies étaient survenues postérieurement à la lésion cutanée et l'auteur, contrairement à l'opinion de M. Barthélemy, les considère secondaires à celle-ci et non comme une manifestation de la maladie générale zoster, indépendante de sa localisation cutanée.

GEORGES THIBIERGE.

### THÉRAPEUTIQUE

Emploi combiné de la teinture d'iode, de l'acide phénique et du chloral. — Condict. W. Cutler. The use of iodine, carbolic acid and chloral in dermatology. (Journal of cutaneous and genitourinary diseases, octobre 1892, p. 380.)

En combinant à parties égales la teinture d'iode, l'acide phénique et le chloral, on obtient, d'après l'auteur, une solution qui n'est pas un simple mélange, mais un composé chimique complexe qui agit comme un rubéfiant teignant la peau en jaune clair. Après son application, on éprouve d'abord une légère douleur cuisante, puis il se produit une sorte d'engourdissement de la région. Cette solution possède de remarquables propriétés antiseptiques, parasiticides, antiprurigineuses, antiphlogistiques, analgésiques et anesthésiques. De plus, elle pénètre profondément dans les téguments, active la résorption des produits inflammatoires, et est ellemême facilement absorbée. Par contre, chez certains sujets, en particulier chez les enfants et les personnes blondes, elle peut causer une douleur et une inflammation assez considérables pour contre-indiquer son emploi, sauf lorsqu'elle est fort diluée. Si on l'applique au visage ou aux mains, la coloration qu'elle produit, quoique ne persistant que quelques jours, est une objection à son usage ; on ne peut pas non plus en appliquer sur de frès grandes surfaces, car on pourrait provoquer des phénomènes d'intoxication phéniquée.

L'auteur a expérimenté ce mélange avec grand succès dans la plupart des affections parasitaires de la peau. Dans la teigne tondante il commence par pratiquer l'épilation des plaques malades, il nettoie soigneusement avec du savon et de l'eau chaude, après quoi il fait une application du mélange sur la plaque en empiétant sur les tissus sains. Si l'enfant est fort jeune il ne faut l'appliquer chaque fois que sur une surface d'environ un pouce carré. Parfois cette application provoque une inflammation assez violente du cuir chevelu; pour la calmer il emploie la pâte de Lassar. D'ordinaire, au bout de trois à quatre jours on peut faire une nouvelle application. Il n'a trouvé que bien peu de cas qui aient nécessité plus de trois ou quatre de ces applications pour guérir.

Ce n'est pas seulement dans les formes ordinaires de la teigne tondante que l'on obtient des résultats avec ce topique, mais aussi dans les formes enflammées dites kérion. Dans l'herpes tonsurans du corps et dans le pityriasis versicolor la guérison est obtenue avec un ou deux badigeonnages. Dans le sycosis parasitaire, lorsque l'affection n'a débuté que depuis peu de temps, on peut arrêter d'ordinaire ses progrès en le badigeonnant tous les deux ou trois jours avec le mélange, et en faisant dans l'intervalle un usage constant d'un topique doux pour calmer la réaction inflammatoire.

Dans les cas chroniques et étendus, il coupe la barbe ras avec des ciseaux, épile tous les poils dont les follicules ont suppuré, enlève toutes les croûtes par des cataplasmes ou par des savonnages, et fait tous les jours une application du mélange sur une partie de la surface intéressée, de manière à la parcourir tout entière en une semaine au moins. Tous les matins et tous les soirs le malade baigne les parties atteintes pendant une demineure dans de l'eau fort chaude, après quoi on pratique l'épilation soigneuse des poils suppurés ; puis on badigeonne avec une solution renfermant environ un trois centième de bichlorure d'hydrargyre et un quarantième de résorcine ; enfin on applique le mélange. Pendant la nuit on met sur les parties malades une pommade à l'ammoniate de mercure contenant un quarantième de résorcine. L'auteur a fait des expériences comparatives, et il peut affirmer que l'application du mélange iodé phéniqué chloralé, arrête la marche extensive de l'affection et abrège considérablement la durée du traitement.

Dans la tourniole l'auteur enlève l'épiderme décollé, puis fait un badigeonnage léger avec le mélange : une ou deux de ces applications suffisent pour produire la guérison. Il a obtenu les mêmes résultats dans les éruptions impétigineuses et ecthymateuses : il enlève les croûtes, nettoie les lésions, les touche avec le mélange, puis poudre avec de l'aristol, ou panse avec une solution d'ichtyol.

Dans les psoriasis rebelles l'auteur fait d'abord tomber les squames avec de l'huile salicylée, après quoi il badigeonne le placard avec le mélange; si ce badigeonnage est fort douloureux, on peut enduire auparavant la partie malade d'une pommade cocaïnée; on applique ensuite un onguent comprenant un peu d'acide phénique et de goudron incorporés à de l'onguent diachylon. Au bout de trois à quatre jours on savonne et on fait un badigeonnage. Une seule application suffit pour faire diminuer l'infiltration; après la deuxième on voit d'ordinaire apparaître quelques îlots de peau saine: cette amélioration continue à se produire progressivement jusqu'à disparition complète du placard, ce qui arrive après un petit nombre de badigeonnages. Il n'y a pas de tendance à la reproduction in situ de la lésion. S'il survient une trop vive inflammation on la calme par des appli-

catio

C

en

Me

11 1

cations de pâte de Lassar. L'auteur a traité dans des cas rebelles sur les mêmes sujets des placards par cette méthode et d'autres placards avec des préparations de chrysarobine ou de goudron : il a toujours vu le mélange iodé phéniqué chloralé donner la guérison beaucoup plus vite que les autres substances, surtout pour le psoriasis du cuir chevelu.

Toutes les formes d'eczéma chronique qui sont circonscrites en certains points du corps sont heureusement modifiées par ces applications, surtout lorsqu'il s'agit d'eczémas rebelles prurigineux avec infiltration et induration

des téguments.

Les autres dermatoses dans lesquelles l'auteur a obtenu des résultats avec ce topique sont: les syphilides papulo-squameuses, le lupus érythémateux, le lichen planus, le molluscum contagiosum, la pelade, dans laquelle il dit avoir obtenu des succès éclatants, le chloasma, le leucoderma, le prurit, etc...

Les contre-indications à son emploi sont l'état inflammatoire très prononcé des téguments, les affections glandulaires de la peau, la grande étendue de la dermatose. Il ne faut pas mettre cet agent entre les mains des malades : le médecin doit l'appliquer lui-même.

L. B.

### Losophane. — Saalfeld. Ueber Losophan. (Therapeutische Monatshefte, 1892, p. 544.)

Chimiquement, le losophane est un triiodure de crésol. Il est soluble dans l'alcool, mais difficilement. Il se dissout facilement dans l'éther, le benzol, le chloroforme.

Le losophane brûle complétement en dégageant des vapeurs d'iode. Il contient 80 0/0 d'iode.

L'auteur a employé le losophane soit en solution à 1 ou 2 0/0 dans de l'eau et de l'alcool (75 d'alcool et 25 d'eau), soit en pommade dans la même proportion. Dans le psoriasis en pommade à 5 et 10 0/0, contre les ulcères

en poudre à poudrer, à 1 0/0.

Saalfeld a eu recours avec succès au losophane dans certaines dermatomycoses, l'herpès tonsurant et le pityriasis versicolore et dans les maladies occasionnées par des épizoaires. Les résultats ont été également satisfaisants dans le traitement du prurigo, dans quelques cas d'eczémas chroniques avec infiltration de la peau, de sycosis vulgaire, d'acné ordinaire et rosée; il en a été de même dans certains cas de prurit cutané idiopathique. Il n'a qu'une influence palliative et antiprurigineuse légère dans l'urticaire; dans le psoriasis et les affections syphilitiques primaires, son action n'a rien de particulier.

Le losophane est contre-indiqué dans toutes les dermatoses inflammatoires aiguës, dans lesquelles il provoque très facilement de l'irritation, même à un faible degré de concentration.

A. Doyon.

Menthol. — Colombini. Il mentolo nelle malattie pruriginose della pelle. (Giornale italiano delle malattie veneree e della pelle, mars 1892, p. 100, et Atti della R. Accademia dei Fisiocritici di Siena, série IV, vol. IV.)

L'auteur a expérimenté les préparations de menthol (alcool mentholé à

5 et à 10 0/0, huile mentholée à 10 0/0, pommade mentholée de 1 à 6 0/0, poudre mentholée de 2 à 6 0/0) dans les diverses affections prurigineuses. Il conclut de ses recherches poursuivies à la clinique du professeur Barduzzi que le menthol agit favorablement sur le prurit quelle qu'en soit la cause, mais surtout dans les cas où le grattage provoque et entretient la lésion cutanée et avec elle le prurit, en particulier dans l'urticaire, dans certains eczémas et dans le prurit qui persiste à la suite du traitement de la gale.

On doit avoir soin de ne pas employer sur les surfaces excoriées et sur les muqueuses des solutions trop concentrées qui pourraient déterminer une sensation de forte brûlure; on ne doit pas faire en une seule fois l'application des préparations mentholées sur des surfaces très étendues, parce que la sensation de froid qu'elles produisent est quelquefois extrémement pénible.

Dans les affections cutanées où le prurit ne constitue qu'un symptôme, on doit avoir soin de traiter par des moyens appropriés la maladie de la peau; les antiprurigineux peuvent bien dans ces cas procurer un soulagement plus ou moins considérable, mais ne peuvent amener la disparition complète du prurit, tant qu'on n'a pas guéri la maladie qui en est la cause.

GEORGES THIBIERGE.

All

T

ł

a ti

1 fc

gie

dar I chr étai traces I 50 plice qui vier dar la palb

### REVUE DE VÉNÉRÉOLOGIE

Albuminurie. — Géraud. L'albuminurie dans les affections vénériennes. (Archives de médecine et de pharmacie militaires, octobre 1892, p. 273.)

L'auteur a examiné les urines de 154 sujets, âgés pour la plupart de 20 à 30 ans, atteints d'affections vénériennes. Sur 65 blennorrhagies aiguës, il a trouvé 2 fois l'albuminurie; sur 18 orchites blennorrhagiques simples 1 fois, sur 13 orchites blennorrhagiques doubles 9 fois, sur 12 blennorrhagies à l'état chronique 4 fois, sur 23 cas de chancre syphilitique 11 fois, sur 14 cas de syphilis secondaire 8 fois, sur 9 cas de syphilis tertiaire 2 fois.

Il élimine, dans ses recherches, tous les cas de blennorrhagie où l'albuminurie existe en quantité très faible et où elle ne se trouve que dans

l'urine de la première partie de la miction.

L'albuminurie peut se montrer, dans la blennorrhagie sans complication, chez des sujets anémiques, lymphatiques, scrofuleux, chez lesquels elle tient bien moins à la blennorrhagie elle-même qu'à la diathèse primitive, qui est susceptible de la produire même sans l'intervention de la blennorrhagie.

Lorsque des complications surviennent, l'albuminurie devient bien plus fréquente: l'auteur l'a vue survenir dans l'orchite double au moment où se montrent la fièvre et la douleur; il l'attribue dans ces cas à la pyélonéphrite ascendante, et il l'a vue s'élever jusqu'à 2 grammes par litre, mais le plus ordinairement à 10, 30, 50 centigrammes; il l'a vue disparaître dans ces cas au moment où l'écoulement reparaissait.

Les cas où l'albuminurie s'est montrée au cours de la blennorrhagie chronique s'étaient tous accompagnés de cystite et tous les malades étaient sensiblement anémiés par des excès de toute sorte avant de contracter la blennorrhagie: aussi le rôle de l'infection est-il peu évident dans

ces cas.

L'albuminurie accompagnant le chancre syphilitique n'a pas atteint 50 centigrammes par litre. L'auteur insiste sur la fréquence de cette complication à cette période; il la considère comme de même nature que celle qui accompagne les maladies infectieuses aiguës. Quant à celle qui survient à la période secondaire, après l'administration du mercure, il la classe dans les albuminuries toxiques ou par altérations rénales. Enfin celle de la période tertiaire lui paraît être, dans les deux cas observés par lui, une albuminurie par altérations du sang, sans lésions rénales. Mais il n'apporte pas de preuves décisives à l'appui de ces interprétations.

GEORGES THIBIERGE.

Chancre simple. Traitement. — E. Cavazzani. La glicerina cloralcanforata nella cura dell' ulcera venerea. (Giorzale italiano delle malattie veneree e della pelle, juin 1892, p. 165.)

L'auteur a employé pour le traitement du chancre simple un mélange de 5 parties d'hydrate de chloral et 3 parties de camphre pour 25 de glycérine neutre : le mélange de camphre et de chloral se transforme dans un mortier en un liquide épais, auquel on ajoute la glycérine, puis on met au bain-marie pendant un quart d'heure. Ce mélange doit être renouvelé fréquemment, parce que le camphre se précipite peu à peu.

Il rapporte 26 cas dans lesquels il a employé ce mélange; il a obtenu la guérison en 7 jours en moyenne: déjà avec une seule application, le fond de l'ulcère se déterge, prend une belle couleur rosée et se recouvre

de granulations de bon aspect et les bords s'aplanissent.

GEORGES THIBIERGE.

Gonocoque. — A. Risso. Colture del gonococco a scopo clinico. (La Riforma medica, 24 mai 1892, p. 507.)

L'auteur a cultivé le pus provenant de l'urêthre d'un homme atteint de blennorrhagie depuis 10 jours et soigné dans le service de R. Campana; les cultures ont été faites suivant la méthode de Gehbard, sur le sérum du sang provenant du placenta et additionné de deux fois son volume

d'agar.

Ces cultures ont donné en 24 heures de très petites colonies punctiformes, à peine visibles, transparentes, très rapprochées les unes des autres; en 48 heures, les colonies, toujours transparentes, n'atteignaient pas le volume d'une tête d'épingle, leur surface était arrondie, presque hémisphérique, un peu saillante; le 3º jour, certaines colonies étaient restées très petites, d'autres qui avaient atteint le volume d'une tête d'épingle étaient plus aplaties à leur surface qui avait pris une teinte blanchâtre; le 4º jour, les colonies les plus volumineuses avaient atteint les dimensions d'un grain de millet, elles étaient encore saillantes à leur partie centrale, mais plus aplaties à la périphérie, leurs bords étaient une udentelés, leur centre avait une teinte blanche plus intense; au bout de 7 ou 8 jours, les colonies avaient cessé de s'étendre par leur périphérie et s'étaient amincies de façon à former une mince pellicule.

Les colonies les plus jeunes étaient formées de cocci réunis 2 à 2 ou 4 à 4, les plus anciennes de cocci plus petits, isolés ou sous forme de

diplocoques.

Les cultures, transportées dans le bouillon, la gélatine, l'agar, n'ont donné lieu au développement d'aucune colonie. Sur le sérum additionné d'agar, elles ont reproduit des cultures semblables aux premières.

Mélangées avec de l'eau distillée stérilisée et injectées dans la chambre antérieure de l'œil d'un cobaye, les cultures ont amené rapidement la production de pus dont les leucocytes renfermaient des gonocoques.

L'auteur conclut de ses recherches que, si le terrain de culture qu'il a employé n'est pas d'une préparation facile, il a néanmoins pour avantage de re

Phin

Le

asse

et le un et de p devi pans nuel ciel

> en s fréq Cl puce pour

> > le co

mos vent détr L l'ab

eu vois

l'or

mê I l'ul sor me

ur

MUX

de rendre facile la culture des gonocoques, ce qui permet d'espérer qu'il rendra des services pour le diagnostic.

Georges Thiblerge.

Phimosis. — G. Salsotto. Sulla opportunità di operare il fimosi che complica l'ulcera venerea. (Il Morgagni, avril 1892, p. 247.)

Les chancres qui occupent l'orifice préputial ont toujours une durée assez longue, ils sont irrités par le passage de l'urine; lorsqu'ils sont situés sur l'anneau élastique qui forme le bord libre du prépuce, leur fond et leurs bords sont tiraillés et déchirés toutes les fois que le malade fait un effort pour découvrir le prépuce; il en résulte qu'ils s'inoculent toujours de plus en plus profondément, que leur base et leurs bords s'indurent et deviennent parfois calleux. De plus, on ne peut y maintenir en place un pansement convenable et le frottement des vêtements les irrite continuellement. Enfin, lorsqu'ils guérissent, il se produit un phimosis cicatriciel qui vient encore aggraver le phimosis préexistant chez les sujets qui en sont atteints et qui, en raison même de ce phimosis et des déchirures fréquentes pendant le coït, y sont particulièrement exposés.

Chez les sujets qui, sans avoir un phimosis vrai, ont cependant le prépuce un peu étroit et découvrent difficilement le gland, les chancres sont pour cette raison difficiles à panser et tous les symptômes s'aggravent; le contact du pus détermine une balano-posthite qui est la cause de nouvelles inoculations; l'infiltration du prépuce provoque un phimosis œdémateux, ou même il se produit une inflammation véritable amenant un phimosis phlegmoneux; parfois même le prépuce se gangrène, le plus souvent au niveau de la couronne du gland et la gangrène peut s'étendre et

détruire la plus grande partie ou la totalité du prépuce.

L'auteur a pratiqué 4 fois avec des précautions antiseptiques minutieuses l'ablation totale ou partielle du prépuce après avoir cautérisé les chancres au nitrate d'argent, dans des cas de phimosis compliqué de chancres de l'orifice préputial; dans trois cas il a eu un succès complet et la cicatrisation s'est produite sans réinoculation de chancres; dans le dernier cas il a eu un insuccès qui peut s'expliquer peut-être par ce fait que, les chancres ayant la forme folliculaire, quelque chancre en incubation a pu rester au voisinage de l'incision et l'inoculer.

Dans un cas où il y avait un bubon, il a obtenu la réunion immédiate quoiqu'il n'ait pas fait de cautérisation préventive et il a vu survenir, en même temps que la guérison du chancre, la résolution spontanée du bubon.

Il a pratiqué plusieurs fois l'excision du prépuce chez des sujets dont l'ulcère occupait la face interne du prépuce à une certaine distance de son orifice; dans ces cas, qui sont assez communs, il n'y a pas d'utilité à mettre des points de suture, parce que l'inoculation des bords de la plaie est inévitable.

Georges Thibierge.

Uréthrite chronique. — Schwengers. Beitrag zur Behandlung der chronischen Urethritis. (Traitement de l'uréthrite chronique.) (Monatshefte f. praht. Dermatologie, t. XIV, p. 97.)

Quand l'uréthrite a son siège dans la partie antérieure l'auteur emploie

ANN. DE DERMAT. - 3º 81º. T. IV.

le traitement suivant, qu'il y ait ou non des gonocoques. Après avoir introduit l'endoscope il touche énergiquement avec un tampon d'ouate trempé dans une solution de glycérine résorcinée à 25 p. 100 la muqueuse malade, en le retirant lentement d'arrière en avant, depuis le bulbe jusqu'à l'orifice. La lésion se voit nettement dans le tube sous forme d'une érosion superficielle, saignant facilement, ou d'une surface veloutée, ramollie, rouge foncé intense, ou enfin d'une infiltration granuleuse légèrement mamelonnée. La réaction est très vive, l'écoulement augmente les jours suivants, et il y a dans l'urine de gros filaments. Cette recrudescence dure 4 à 5 jours.

Schwengers cautérise alors avec l'acide trichloracétique en solution à 20 p. 100, qu'il regarde comme le véritable spécifique de cette affection. Ces cautérisations ne sont pas douloureuses et ne déterminent pas de réaction inflammatoire.

L'auteur rapporte deux cas dans lesquels les autres remèdes avaient échoué et qui ont été guéris en quelques séances.

Quant au traitement de l'uréthrite postérieure, Schwengers débute toujours par une injection d'une solution de résorcine glycérinée à 25 p. 100, à l'aide de l'injecteur uréthral d'Ultzmann contenant près de 2 c.c.; l'injection se fait à partir de l'isthme de la portion membraneuse, traverse toute la partie postérieure pour arriver dans la vessie préalablement vidée. Cette injection détermine une sensation de ténesme survenant de temps en temps et de vives épreintes pendant la miction, parfois avec un peu de sang. L'urine est les premiers jours chargée de filaments. Toutefois on peut atténuer beaucoup ces malaises en faisant prendre au malade, durant les 8 premiers jours, des boissons aqueuses additionnées de 1 gramme de salol trois fois par jour.

L'effet de cette unique injection est des plus remarquables, l'auteur a vu plusieurs fois disparaître après une injection une uréthro-cystite postérieure existant depuis longtemps. En cas de rétrécissements et de modifications profondes de la muqueuse de la partie postérieure, une seule injection ne suffit pas et, après la disparition de la réaction inflammatoire provoquée par la résorcine, il a recours au traitement par les bougies. Elles sont formées d'une olive antérieure pleine, d'environ 1 à 1 1/2 centim. de longueur, fixée sur un ressort en spirale de 3 centim. de longueur qui se continue par un tube lisse d'à peu près 25 centim. Les rainures des spirales sont garnies avec le mélange de Fleiner:

 Nitrate d'argent
 0,1 à 1 gr.

 Beurre de cacao
 17 gr.

 Cire jaune
 3 gr.

Dans ces derniers temps il s'est encore servi ici avec succès de l'acide trichloracétique en solution à 20 p. 100. On l'applique très facilement sur la muqueuse, après introduction de la bougie, à travers les intervalles de la spirale, au moyen d'une boulette de coton fixée à l'extrémité d'un mandrin. En poussant doucement d'avant en arrière avec un léger mouvement de rotation, toute la muqueuse uréthrale est mise en contrat avec la solution caustique; s'il y a un excès de liquide, on l'enlève avec un tampon de coton avant de retirer la bougie, pour éviter toute atteinte de la portion antérieure.

A. Dovon.

enf

sur

sen

que

tée

par

elle

con

éco

per mé

pou

pre d'ol

d'ai

con

ég

que

d'ar

inte

est

bati

soit

blei

le v

sau

faci

tem

L

Vulvo-vaginite. — EDWARD MARTIN. Vulvo-vaginitis in children. (Journal of Cutaneous and genito-urinary diseases, 4 novembre 1892, p. 415.)

D'après les faits qu'il a observés, l'auteur croit que la vulvo-vaginite des enfants peut être gonorrhéique ou irritative. Ces deux formes s'observent surtout chez les sujets sales et mal tenus : la scrofule et les exanthèmes semblent y prédisposer. La forme gonorrhéique est rarement la conséquence d'actes criminels; elle est d'ordinaire transmise par la mère infectée à son enfant : cette transmission se fait lors de la naissance ou après par l'intermédiaire des doigts, des linges, des vêtements, des objets de toilette, de l'eau de toilette, etc.... Elle peut s'observer à tout âge, mais elle est plus fréquente aux deux premières années de la vie; elle peut se compliquer de rhumatisme et d'ophtalmie blennorrhagiques, etc... Son écoulement est très contagieux, ainsi que le prouvent des expériences personnelles à l'auteur, et il l'est directement et indirectement par l'intermédiaire des bains, du linge, etc... L'examen microscopique est nécessaire pour poser le diagnostic d'une manière précise : mais comme on peut prendre cette affection de diverses manières, et comme d'autre part nombre d'observateurs déclarent que l'on trouve dans les sécrétions de la vulvite d'autres micro-organismes identiques au gonococcus comme aspect et comme colorations, quand on les met en présence des divers réactifs, on ne peut attribuer à ces microbes une grande importance en médecine égale. Le traitement de cette forme de vulvo-vaginite consiste en de fréquentes injections avec une solution alcaline suivie d'une irrigation chaude avec une solution de sublimé au 10000° ou avec une solution de nitrate d'argent au 6000e puis on poudre la vulve avec de l'oxyde de zinc et on interpose un peu d'ouate entre les parties.

La forme catarrhale ou irritative est surtout fréquente de 4 à 6 a .s : elle est d'ordinaire d'origine traumatique, et reconnaît pour cause la masturbation, les oxyures, la saleté. Il n'est pas encore prouvé que cette forme soit contagieuse et puisse présenter les mêmes complications que la forme blennorrhagique. Elle envahit rarement l'urêthre : elle épargne souvent le vagin et ne détermine le plus souvent que de légers phénomènes locaux; sauf lorsque le sujet est trop cachectique et trop strumeux, elle guérit facilement par des soins de propreté, des lotions astringentes et un traitement général tonique.

L. B.

. Continue of the Since

### REVUE DE SYPHILIGRAPHIE

Bacille de la syphilis. — R. Sarouraud. Quelques faits relatifs à la méthode de coloration de Lustgarten. (Annales de l'Institut Pasteur, 1892.)

De ce travail consacré à une intéressante étude de technique bactériologique, il convient de signaler ici ce qui concerne la recherche du bacille
décrit par Lustgarten dans les lésions syphilitiques. M. Sabouraud a soumis à l'examen par la méthode de Lustgarten 51 pièces de lésions syphilitiques: chancre, plaques muqueuses, ulcérations de la syphilis maligne
précoce, gommes, syphilides serpigineuses tertiaires, etc.; jamais il n'a
rencontré le bacille de Lustgarten ni aucun bacille qui lui ressemblàt.
Tout en faisant observer que des faits négatifs, même très nombreux,
prouvent moins qu'un fait positif bien observé, il conclut que, même en
admettant pour vraie la découverte de Lustgarten, on ne peut reproduire
à volonté les résultats qu'il a obtenus en se servant des procédés qu'il a
donnés et que, sans discuter le bien fondé des affirmations positives sur
ce sujet, une méthode sûre pour déceler le microbe de la syphilis est encore
à découvrir.

Par contre, la méthode de Lustgarten est excellente pour déceler le bacille tuberculeux etréussit alors que les méthodes classiques ont échoué.

Georges Thibierge.

Cornes cutanées syphilitiques. — Georges Lewin et J. Heller. Corne cutanée syphilitique. (Atlas international des maladies rares de la peau, 1892, 1<sup>re</sup> livraison).

Homme de 28 ans, d'une bonne santé antérieure, présentant depuis 2 mois à la plante des pieds des masses cornées d'apparence verruqueuse (2 à droite, 3 à gauche), larges, d'un gris jaune, de 1/2 à 1 centimètre d'épaisseur, qui peuvent se détacher de la surface cutanée en laissant à leur place une ulcération; ces excroissances cornées se laissent facilement écraser entre les doigts; pas de sensations pathologiques spontanément, mais douleurs à la pression et surtout pendant la marche. A la paume de la main droite une grosse excroissance à la base du médius, une autre plus petite à la base de l'auriculaire; à gauche, une véritable corne à la base du médius : la hauteur de ces cornes varie de 1 1/2 à 1 3/4 centimètre, leur largeur de 4 à 6 centimètres ; elles sont d'autant plus étroites qu'elles sont plus longues, leur surface présente de petites saillies et dépressions; autour d'elles, l'épiderme est épaissi; elles sont très friables et ne méritent le nom de cornes qu'en raison de leur couleur.

. Cicatrice de chancre sur la verge; ulcérations présentant les caractères des ulcérations gommeuses sur le thorax et sur l'abdomen.

à

ra

de

cu

de

d

d

Le malade est soumis aux injections mercurielles, sans traitement local; les cornes tombent successivement, une seule se reproduit après la chute de la première et n'atteint qu'une faible épaisseur.

L'examen microscopique des cornes tombées spontanément montre qu'elles sont formées de cellules épidermiques plus ou moins cornifiées, allongées, la plupart dépourvues de noyaux, disposées en séries parallèles à la base, un certain nombre obliquement ou perpendiculairement par rapport à la base, séparées par places par des lacunes remplies en grande partie par de grandes cellules pourvues d'un noyau coloré ; ces alvéoles sont surtout nombreux dans les couches basales de la corne. L'irrégularité de l'ossification au niveau des épiphyses des os d'enfants hérédo-syphilitiques.

Anatomiquement, la lésion peut être ainsi dénommée : keratosis cir-

cumscripta epidermica cornuta syphilitica.

Les auteurs n'ont pas pu retrouver d'observation antérieure dans laquelle des productions semblables se soient développées sous l'influence de la syphilis.

Georges Thibierge.

Déformation des membres par la syphilis. — E. Rossi. Deformità rara di un arto per sifilide. (Il Progresso medico, 20 et 30 mars 1892, p. 177 et 193.)

Homme de 25 ans, cachectique et amaigri. Longue cicatrice réticulée, achromique, adhérente aux os, occupant les régions sus et sous-claviculaires droites. La jambe droite, profondément déformée, peut être comparée à deux troncs de cône réunis par leur sommet, dont les bases correspondent à la région malléolaire et à la partie inférieure du genou; la peau est, dans sa plus grande étendue, cicatricielle, mais le tissu cicatriciel présente dans les différents points un aspect et une épaisseur variables, parsemé de quelques flots de peau saine ; le pied est en varus équin, immobile dans sa position, la peau est épaisse, dure, calleuse, noirâtre. A gauche, le genou est en valgus, les régions antérieure et latérales de la jambe sont le siège de vastes ulcérations séparées par des bandes étroites de peau saine, ulcérations dont les bords sont taillés à pic, le fond couvert de détritus blanchâtres et de croûtes recouvrant des bourgeons pâles et saignant facilement; une autre ulcération analogue occupe la région interne et s'unit à deux autres ulcérations siégeant sur la région postérieure. Le début des lésions remonte à l'âge de 12 ans et s'est fait par la jambe droite; il y a 8 ans, tuméfaction de la clavicule ayant été suivie des lésions qui existent dans cette région. Pas d'antécédents connus de syphilis héréditaire ou acquise. Amélioration rapide par le traitement antisyphilitique.

Georges Thibierge.

Syphilis des voies digestives. — P. deMichele et F. Sorrentino. Della sifilide intestinale. (La Riforma medica, 3 août 1892, p. 302.)

 $I.-\Lambda$  l'autopsie d'un homme, Armanni constate, outre des lésions cardiaques, des plaques brun ardoisé à la surface externe de l'intestin, tout le

long de l'iléon et dans la dernière partie du jéjunum, avec épaississement et état fibreux de la paroi et saillie correspondante du côté de la muqueuse; ces plaques ont généralement une direction transversale, leur surface est sillonnée d'une série de cordons fibreux, un peu aplatis, séparés par de légers sillons transversaux; les plus petites ont une forme arrondie ou ovalaire, les plus larges mesurent toute la circonférence de l'intestin et sont plus étendues en longueur. Au niveau du gros intestin, les parois sont épaissies, le calibre rétréci et en certains points il y a des saillies, les unes sous forme de nodules superficiellement ulcérés, les autres recouvertes d'un léger exsudat d'aspect diphtérique et se détachant facilement. La muqueuse de l'estomac est un peu tuméfiée, les glandes de la région pylorique un peu saillantes. Les ganglions mésentériques sont tuméfiés et durs. La rate est diminuée de volume et ramollie. Le foie est plus pâle qu'à l'état normal, il y a une zone jaunâtre à la périphérie des lobules, le parenchyme est plus résistant, moins friable. Les reins sont augmentés de volume, de consistance plus considérable qu'à l'état normal. Le testicule présente les caractères de l'orchite scléreuse avec vaginalite fibreuse chronique, sans foyers gommeux. Cicatrice adhérente sur le tibia droit ; tuméfaction du genou droit, avec épaississement des tissus fibreux périarticulaires, ramollissement des cartilages semi-lunaires, début d'ostéophytes à la limite du cartilage articulaire et de l'os. L'ensemble de ces lésions est considéré par Armanni comme caractéristique de la syphilis.

Au microscope, on constate une infiltration cellulaire dans le tissu connectif sous-muqueux de l'intestin, par places des nodules ayant l'aspect du granulome; presque toutes les artères de la couche sous-muqueuse ont leur tunique interne détachée avec prolifération plus ou moins marquée des cellules endothéliales; la muqueuse, également infiltrée de cellules, présente en quelques points des reliquats des villosités intestinales, en d'autres une nécrose complète; l'infiltration est généralement moins prononcée dans les couches musculaires, mais est cependant plus considérable dans la couche longitudinale. Les coupes colorées par la méthode de Lustgarten montrent des bacilles droits, légèrement courbés ou flexueux, ayant la longueur de ceux de la tuberculose, toujours réunis en groupes de 3, 4, 9 au plus, que les auteurs regardent comme des bacilles de Lustgarten; on rencontre en outre une grande quantité de microbes accidentels et banaux.

II. — Homme de 45 ans environ, mort quelques heures après son entrée à l'hôpital, dans un état typhoïde avec œdème pulmonaire. A l'autopsie, on constate sur la peau des taches hyperchromiques et des adénopathies; le calibre de l'intestin est augmenté, la paroi intestinale est blanche, épaissie, rugueuse, les lésions sont identiques à celles du cas précédent; des ulcérations occupent toute la longueur du côlon transverse.

A l'examen microscopique, on constate presque partout la destruction de la muqueuse; le tissu conjonctif sous-muqueux est le siège d'une infiltration de petites cellules présentant l'aspect d'un tissu de granulation; les mêmes cellules se rencontrent en moins grand nombre dans les deux couches musculaires dont les fibres sont comprimées et atrophiées mais non détruites; dans le tissu conjonctif sous-séreux, on trouve la même

l'apple si cas, Lo cille ce quactu

infil

et d risti

S

(

u

Laus et il les me:

(

que

etro I des nor cau

br

de

pli de s'e qu infiltration de cellules soit disséminées, soit réunies en groupes rappelant l'apparence d'une gomme ; dans le tissu sous-muqueux, les artères sont le siège de lésions d'endo-artérite. On trouve, comme dans le premier

cas, des bacilles de Lustgarten.

Les auteurs attachent une grande importance à la présence de ces bacilles, et font de leur constatation la base la plus sérieuse du diagnostic, ce qui pourra paraître tout au moins exagéré, étant données les opinions actuelles au sujet du bacille de Lustgarten. Ils se contentent de relever ces deux faits, de citer les observations antérieures de syphilis intestinale et déclarent que les symptômes de cette affection sont loin d'être caractéristiques.

Georges Thibierge.

Syphilis du rectum. — Hann. Ueber syphilitische Mastdarmerkrankung mit Demonstration eines Präparat von Proctitis ulcerosa syphilitica mit ausgedehnten Geschwürsbildungen im Dünndarm. (Affection du rectum, présentation d'une préparation de proctite ulcéreuse syphilitique avec ulcérations étendues de l'intestin grêle. (Deutsche medic. Wochenschrift, 1892, p. 69.)

L'auteur a observé un grand nombre d'ulcérations du rectum. Il croit aussi qu'on peut souvent obtenir par la colotomie une amélioration notable et même la guérison.

Il rapporte ensuite l'observation d'une femme de 33 ans, chez laquelle les ulcérations s'étendaient jusque dans l'intestin grêle avec épaississement considérable des parois intestinales.

On sait que la nature spécifique de la proctite ulcéreuse, observée presque uniquement chez la femme, a été niée par quelques auteurs, tandis que d'autres admettent que l'affection est toujours syphilitique.

Hahn pense qu'il n'y a qu'un petit nombre de cas où la maladie puisse

être regardée comme un symptôme secondaire de la syphilis.

Le cas actuel en est un exemple. La présence de périostoses au niveau des tibias indiquait que la malade avait eu la syphilis. Il y avait de nombreux ulcères dans l'intestin grêle qui ne sauraient être dus à une cause locale. La mort survint après la colotomie à la suite d'une dégénérescence amyloïde des reins.

A. Doyos.

Syphilis héréditaire. Lésions des os. — Werther. Ueber Ostitis deformans infolge von Syphilis hereditaria. (Deutsche medizin. Wochenscrift, 1891, p. 802.)

Le père du malade présente tous les symptômes d'une affection cérébrale occasionnée probablement par un traumatisme et la syphilis. Outre la perte de la mémoire et la faiblesse de la vision, il souffre de douleurs de tête avec exacerbation nocturne et accès de mauvaise humeur. Il a de plus sur le front des cicatrices blanchâtres, irrégulières, analogues à celles de la variole, qui paraissent être la conséquence d'ulcères gommeux. Il s'est marié il y a 22 ans avec une femme saine, dit-on. Son premier enfant qui a actuellement 22 ans, a toujours été bien portant. Entre 1868 et 1874,

sa femme eut une fausse couche à 6 mois, puis elle accoucha à terme d'un enfant mort-né. En 1874, elle eut l'enfant dont il sera question ici, puis une fille qui mourut de convulsions à l'âge de 6 mois; ensuite un enfant qui succomba immédiatement après sa naissance; puis en 1880, un garçon, âgé aujourd'hui de dix ans, dont le corps est très atrophié, petit, maigre, pâle, mais dont l'intelligence est normale. Ensuite pas d'enfants pendant 8 ans; en 1889, une fille, qui vit actuellement. La mère est morte pendant l'influenza, probablement de phtisie. Donc, sur 7 enfants 3 seulement ont survécu, mais se sont développés très lentement. Dans ces conditions, il est vraisemblable que la syphilis règne dans la famille.

Le garçon, né en 1874, eut, peu après sa naissance, des taches rouges sur le corps, mais l'enfant paraissait bien proportionné; il a marché de bonne heure.

Après la vaccination, il se manifesta de la faiblesse et il survint une tuméfaction au niveau de l'articulation tibio-tarsienne du côté droit. A l'époque de ses études scolaires il était déjà évident que les deux jambes étaient beaucoup plus longues que dans l'état normal et qu'elles fléchissaient en avant; avec la croissance il s'était produit très graduellement une disproportion entre les deux membres inférieurs, Toutefois, les deux jambes avaient encore la même longueur, et l'enfant pouvait courir et sauter, mais il se lassait très vite. A l'âge de 9 ans, il survint à la partie inférieure du tibia une tumeur qui s'ouvrit, se transforma en ulcère, suppura pendant plusieurs semaines et finalement guérit spontanément. A 14 ans, il commença à boiter, parce que la jambe droite était plus longue que la gauche et que le genou droit était tuméfié. A la jambe gauche il se produisit en même temps une ulcération à sécrétion purulente.

Au 1er octobre 1890 l'état était le suivant : garçon de 16 ans qui, nu, pesait 25 kilogr. La peau est terreuse, décolorée, mince et sèche; les cheveux ténus, secs, peu adhérents.

Tandis que la poitrine et les bras ont les formes sveltes et les dimensions de ceux d'un enfant, les jambes présentent pathologiquement la longueur de celles d'un adulte. La colonne vertébrale, dans sa portion thoracique, est un peu infléchie à gauche, dans sa portion lombaire à droite. Le crâne est petit, les oreilles volumineuses. Le nez, à sa racine, est large et légèrement déprimé en forme de selle; la cloison est le siège d'une perforation arrondie dans sa partie cartilagineuse. Les dents sont petites et mauvaises, mais ne présentent pas le type hutchinsonien. Les testicules ont le volume de ceux d'un enfant de 6 ans; dans la région inguinale des deux côtés, plusieurs ganglions durs, non douloureux. Sur la face antérieure du tibia gauche, large ulcération à bords arqués, au-dessous, on sent l'os à nu et un séquestre de la grosseur du tiers d'une phalange. Au mois de décembre l'ulcère était cicatrisé.

A. Doyox.

Traitement de la syphilis. — Excision du chancre. — A. Cozzi. L'ulcera dura considerata come inizio della sifilide costituzionale. (Il Progresso medico, 20 mai 1892, p. 305.)

L'auteur pense que le chancre n'est pas la première manifestation de

l'infe

2 ob

10

sista

cisi

réul

rent

Le

4 51

pèr

puc

sid

mê

ma

ana

G.

ti

10

pr

80

m

de

R

u

l'infection syphilitique, mais bien la porte d'entrée de celle-ci. Il rapporte 2 observations d'excision du chancre suivie de succès.

1º Homme de 25 ans; douze jours après le coît, ulcération de 3 à 4 milimètres de diamètre, taillée à pic, à fond lardacé, à base infiltrée, de consistance dure et élastique, occupant la face interne du prépuce; ganglions des 2 aines légèrement tuméfiés; excision du chancre au moyen de 2 incicisions passant à 2 millimètres de la limite apparente de l'induration, réunion par première intention, les engorgements ganglionaires disparurent et depuis cette époque (avril 1889) aucune manisfestation syphilitique. Le diagnostic du chancre fut confirmé par l'inoculation de son tissu à 4 sujets déjà condamnés par d'autres maladies, chez lesquels se développèrent des lésions présentant tous les caractères morphologiques et microscopiques du chancre induré.

2º Homme de 29 ans, présentant un chancre de la face interne du prépuce, offrant au 9º jour les mêmes caractères et des dimensions plus considérables que dans le cas précédent; même traitement, même résultat, même absence de toute manifestation syphilitique, quoique le chancre date du mois de janvier 1890. La femme qui avait contagionné ce sujet était manifestement (syphilitique (condylomes plats de la région génitale et anale). La lésion excisée offrait d'ailleurs les caractères microscopiques du chancre induré.

Georges Thiblierge.

#### TRAITEMENT DE LA SYPHILIS

G. Peroni. Un nuovo metodo per rapidamente guarire le manifestazioni cutanee della sifilide tardiva. (Giornale della R. Accademia dimedicina di Torino, février 1892, p. 276.)

L'auteur, après avoir constaté l'efficacité du calomel en frictions dans le traitement de la syphilis, efficacité qu'il déclare bien supérieure à celle de longuent mercuriel, a eu recours uniquement aux applications locales de préparations de calomel dans le traitement des manifestations tardives de la syphilis (gommes, syphilides papuleuses et squameuses). Il l'emploie sous forme de traumaticine renfermant 1/4 de calomel et considère cette méthode comme donnant des résultats supérieurs à tous les autres modes de traitement employés jusqu'ici.

Georges Thiblerge.

R. Bovero. Del calomelano frizionato sulla pelle nella cura della sifilide. (Giornale italiano delle malattie veneree e della pelle, mars 1892, p. 35.)

L'auteur s'est assuré d'abord que, après les frictions de calomel, l'urine renferme du mercure.

Il emploie pour ces frictions 50, 75 centigrammes ou 1 gramme de calomel uni à 3 grammes de lanoline et à 1 gramme de beurre de cacao ou mieux de graisse purifiée. Les frictions sont faites tous les 5 à 8 jours, pendant 25 minutes; au bout de 5 à 7 frictions, les accidents secondaires ont disparu; il suspend alors le traitement pendant 2 semaines ou plus, puis prescrit un traitement ioduré à doses progressives peu élevées, pendant 1 mois environ, puis après une suspension de quelques semaines fait 5 nouvelles frictions

au calomel; vers le 10° ou 12° mois, il fait quelques autres frictions à intervalles plus éloignés suivies d'un traitement ioduré.

Il se base, pour employer de faibles doses de calomel, sur les résultats de la méthode de Scarenzio qui, avec de petites quantités de mercure, obtient des résultats remarquables.

L'auteur cite des observations dans lesquelles il a obtenu par l'usage des frictions la guérison rapide de manifestations syphilitiques de la peau, des muqueuses ou des viscères.

L'auteur vante les avantages de cette méthode qui n'introduit pas dans la circulation, comme les frictions d'onguent napolitain, de grandes quantités de mercure susceptibles de provoquer une débilitation profonde ou de la stomatite, et qui est beaucoup plus propre. Il n'y a pas à redouter les abcès qui peuvent se produire à la suite des injections sous-cutanées.

GEORGES THIRIERCE

# Just Navarre. La méthode de Scarenzio-Smirnoff. (Bulletin médical du dispensaire général de Lyon.)

Il m'est particulièrement agréable de rendre compte de l'intéressant travail de notre confrère lyonnais, en lequel je trouve adoptées, remarquablement défendues, et confirmées par les faits les plus probants, les idées thérapeutiques de mes amis Scarenzio et Smirnoff, idées que je n'ai cessé moi-même de propager et de défendre en toute occasion depuis 14 ans (1).

La méthode de traitement de la syphilis par les injections de calomel à la dose de 10 centigr. constitue une méthode simple, prompte et sûre; elle réalise presque l'idéal du précepte cito, tuto et jucundè. Telle est la conclusion bien étayée à laquelle un lecteur de bonne foi ne saurait se dérober après avoir pris connaissance des 34 observations rapportées en détail par Navarre.

Je ne veux citer que les particularités importantes.

Plusieurs cas se rapportent à des accidents tertiaires, gommes, ulcérations, exostoses, que l'auteur a résolument soumis au calomel, à l'exclusion de tout composé iodique. La guérison n'en survint pas moins. C'est là une des propriétés les plus précieuses du médicament employé en injection, ma pratique m'en a convaincu depuis longtemps (2). Mais j'ajoute immédiatement qu'il n'y aurait aucun inconvénient à donner en même temps l'iodure de potassium. On a dit que la transformation du calomel en un iodure mercurique fort irritant pourrait être à craindre; je crois que c'est une vue de l'esprit, en tous cas je n'eus jamais à constater quoi que ce fût qui me permit de lui donner créance.

L'efficacité de ces injections contre les accidents cérébraux est attestée en plusieurs faits observés au dispensaire de Lyon; je l'ai souvent mise à

l'épre ajoute un dé a vie afin d redou Enf

l'anén nutrit relève Fra lyonn tions

> pariti mon

et les 1890 tions vational large Les

félici

P. D (G P. L')

Il

natu duré Di des chez tion vase

tiqu

jecti

de l élas 24 l

Con

<sup>(1)</sup> Traité des maladies vénériennes, 1<sup>ro</sup> édition, 1878, p. 1052 et 2° édition, 1886, p. 1176 et suiv. — Quelques mots sur les injections de calomel dans le traitement de la syphilis. Annales de dermat., 1884, p. 73.

<sup>(2)</sup> Diagnostic rapide de la syphilis dans la détermination des indications opératoi res. Congrès de chirurgie, 1892.

l'épreuve pour mon compte. Mais il y a plus, « il reste dans mon esprit, ajoute Navarre, la conviction que dans 2 cas au moins j'ai eu affaire à un début de tabes syphilitique, et que le traitement de Scarenzio a sauvé a vie de ces 2 malades ». Il n'était point inutile d'insister sur ces résultats, afin de montrer combien sont vaines les terreurs de quelques médecins redoutant l'action du calomel sur les centres nerveux.

Enfin, la méthode en question s'est montrée souveraine dans la cure de l'anémie et de la débilitation syphilitiques. Chez tous les malades dont la nutrition était touchée, notre confrère observa un remarquable et rapide

relèvement de l'état général.

Frappé de cette toute-puissance du calomel sur le virus, le médecin lyonnais écrit en terminant : « On est en droit de se demander si les injections de calomel ne pourraient pas être instituées avec avantage dès l'apparition du chancre..... pour éteindre le virus sur place ». Cette demande, mon cher confrère, je me la suis faite comme vous, il y a plusieurs années, et les faits m'ont répondu. Oui, il est possible, ainsi que je l'ai publié en 1890 (1), d'enrayer la syphilis après l'apparition du chancre, et les injections de Scarenzio constituent un puissant moyen pour y arriver; 2 observations ont été mentionnées dans mon mémoire d'il y a 2 ans, et j'ai depuis largement appliqué ma méthode abortive soit à St-Lazare, soit en ville. Les résultats démonstratifs sont venus, que je ne tarderai pas à faire connaître; je saisis avec empressement l'occasion de le dire ici, en me félicitant de notre communauté d'efforts et d'espérances.

L. JULLIEN.

P. DE MICHELE. Meccanismo di azione delle iniezioni di calomelano (Giornale italiano delle malattie veneree e della pelle, mars 1892, p. 5.)

L'auteur expose l'historique de la méthode de Scarenzio et les inconvénients qu'on lui a reprochés.

Il a cherché, par l'expérimentation sur les animaux, à déterminer la nature des processus locaux qui succèdent aux injections de calomel et la

durée de l'absorption de celui-ci,

Dans ce but, il a injecté des doses de calomel variant, suivant la taille des animaux, de 1 à 5 milligrammes chez le lapin et de 1/2 à 1 milligramme chez le cobaye, le sel étant en suspension dans la glycérine pure ou additionnée d'eau, dans une émulsion de gomme arabique ou dans l'huile de vaseline; les injections étaient faites avec toutes les précautions antiseptiques, après avoir rasé la peau de l'animal au point correspondant à l'injection.

Une demi-heure à une heure après l'injection, on sent une tuméfaction de la largeur d'une pièce de 5 centimes, mal délimitée, de consistance dure élastique, douloureuse à la pression, qui persiste sans se modifier pendant 24 heures, et qui, au bout de 2 jours, commence à se circonscrire en pré-

1 De la possibilité d'enrayer la syphilis après l'apparition du chancre induré Congrès de Berlin, 1890 et Bulletin médical, 1891.

sentant une consistance un peu plus grande, puis diminue progressivement pour disparaître au bout de 30 jours environ; lorsque les injections sont faites profondément, la seule manifestation consiste dans la douleur à la pression.

Les nodules enlevés et durcis par l'alcool sont arrondis ou ovoïdes à la suite d'injections sous-cutanées, irréguliers et aplatis à la suite d'injections profondes; les plus anciens sont les moins volumineux et les plus durs, Ils sont constitués par une partie centrale d'apparence caséeuse, molle. blanche et homogène avec une tache grisâtre au centre et une zone externe blanche, très résistante ; dans les plus anciens, la zone centrale disparaît et il ne reste plus qu'un noyau de tissu fibreux blanc et brillant. Les deux zones sont imprégnées de bichlorure ainsi que le montre leur coloration en noir sous l'influence du sulfhydrate d'ammoniaque; cette réaction s'observe tant que l'examen microscopique montre la présence de granulations de calomel et cesse de se produire lorsque les granulations de calomel ont disparu depuis quelques jours. Scarenzio avait donc eu raison de croire que le calomel se transformait lentement en bichlorure. Il faut 10 à 15 jours pour la transformation complète de 3 milligrammes de calomel chez un lapin un peu gras et de 1 milligramme chez un cobaye; cette transformation est plus rapide lorsqu'on administre à l'animal des doses proportionnées d'iodure de potassium ou de sodium par la voie gastrique.

Les nodules sous-cutanés, enlevés 3 ou 4 jours après l'injection, sont constitués par une accumulation de leucocytes, simulant un abcès, et se propageant en diminuant dans le tissu conjonctif de voisinage. Dans les nodules intra-musculaires, le tissu conjonctif interfibrillaire et le périmy-sium sont infiltrés d'un nombre considérable de leucocytes avec compression des fibres musculaires voisines. La partie centrale des nodules présente, outre une semblable accumulation de leucocytes, de petits grains de calomel encore entourés d'un petit nombre de fibres musculaires.

Au bout de 6 à 7 jours, la partie centrale est limitée par une mince capsule de tissu conjonctif de nouvelle formation avec infiltration des tissus voisins et compression des fibres musculaires de voisinage, le nombre des grains de calomel de la partie centrale a beaucoup diminué.

Au bout de 9 à 10 jours, l'infiltration cellulaire des tissus voisins a un peu diminué, la capsule connective est plus épaissie, la zone centrale est plus limitée, les grains de calomel sont moins nombreux, on ne trouve plus

que quelques fibres striées au milieu du résidu.

Au bout de 14 à 15 jours, il n'y a plus de traces de calomel, mais la réaction du sublimé peut encore s'observer du 14° au 20° jour. Au 25°, 28°, 33° jour, le foyer central diminue progressivement ainsi que l'infiltration de voisinage, la capsule s'épaissit progressivement et il finit par ne plus rester qu'un petit nodule de tissu fibreux cicatriciel; les tissus voisins sont normaux, à l'exception des fibres musculaires les plus voisines qui sont atrophiées par suite de la compression par le tissu fibreux adjacent.

Georges Thibierge.

O. Mainie calc

de me

de 10
de 12
jamai
carac
taient
Il c
moin
il est

La comr dont syph tions

A. (

81

1

tion (

le no

il c aus nis me

poi ou les

C

PI

O. Manganotti. Contributo alla cura della sifilide per mezzo delle iniezioni intramuscolari d'ossido idrato giallo di mercurio e di calomelano nell'olio di vaselina. (Giornale italiano delle malattie veneree e della pelle, mars 1892, p. 27.)

L'auteur a employé, sur 70 malades environ, les injections d'oxyde jaune de mercure et de calomel en suspension dans l'huile de vaseline à la dose de 10 0/0; les injections au nombre de 4, à intervalles de 10 jours ou mieux de 12 ou 15 jours, faites avec toutes les précautions antiseptiques, n'ont jamais été suivies d'accidents, sauf quelquefois des douleurs présentant les caractères de celles de la sciatique, et cela même chez des sujets qui restaient au lit après l'injection.

Il considère cette méthode comme le mode de traitement le plus sûr et le moins incommode de la syphilis. En effet, même s'il se produit un abcès, il est peu considérable et, après l'incision, il guérit rapidement; l'infiltration cellulaire qui succède aux injections augmente d'étendue à mesure que

le nombre des injections s'élève.

La guérison obtenue par ce mode de traitement peut être considérée comme définitive, il ne reste que quelques escarmouches de la syphilis dont des traitements iodurés ultérieurs viennent facilement à bout. Les syphilis qui ont résisté aux autres modes de traitement cèdent aux injections intra-musculaires.

Georges Thibierge.

A. Calantoni. Sull'assorbimento dell'joduro di potassio per clistere e sulla durata della sua eliminazione. (La Riforma medica, 26 avril 1892, p. 219.)

L'auteur a fait sur l'homme et sur le lapin une série d'expériences d'où il conclut que l'absorption de l'iodure de potassium se fait pour le moins aussi rapidement par le rectum que par l'estomac, ce qui permet de l'administrer en lavements; lorsqu'on veut que l'absorption se fasse plus rapidement, il est utile d'élever la température du lavement à 35 ou 37°, ce qui, peut-être en provoquant une légère congestion de la muqueuse rectale, augmente son pouvoir absorbant; la durée de l'élimination de l'iodure de potassium est sensiblement la même, qu'il ait été administré par la bouche ou par le rectum; en moyenne, cette élimination dure 24 à 30 heures avec les solutions étendues qu'on peut employer en thérapeutique et 38 à 40 heures avec les solutions concentrées.

Prophylaxie de la syphilis.— C. Pellizzari. Sui periodi di rinvigorimento della sifilide. (Riforma medica, 25 et 29 août 1892, p. 541 et 555.)

C. Pellizzari développe dans ce travail une idée qu'il avait émise au Congrès de l'Association médicale italienne en 1891, à savoir que les résultats du règlement sur la prostitution (règlement Crispi) ne peuvent être appréciés actuellement, parce que la durée de son application est encore

trop courte et qu'on ne peut dégager des statistiques un élément important, l'augmentation temporaire de la gravité de la syphilis. Il s'attache dans ce nouveau travail à démontrer que la syphilis présente des périodes dans lesquelles sa gravité est plus considérable.

La fréquence des cas de syphilis, comme celle des cas d'autres maladies, les affections du cuir chevelu par exemple, augmente à certaines années sans qu'on puisse attribuer cette augmentation à une cause telle que l'application de nouveaux règlements sànitaires ou la non application de ces règlements. Par contre cette augmentation coïncide avec des phénomènes qui dénotent une plus grande vigueur du virus syphilitique.

C'est ainsi que Pellizzari a constaté pendant les années 1886-1888, sur 178 cas de syphilis récente, 8 fois des chancres multiples et de 1889 à 1891, sur 356 cas de syphilis récente, 39 cas de chancres multiples. Pendant la première de ces périodes, il n'a observé que 3 cas de chancres extra-génitaux et pendant la seconde il en a vu 12 cas. Pendant la première période, il a rencontré 8 cas de récidive de gommes contre 33 dans la seconde. Les deux seuls cas authentiques de réinfection syphilitique qu'il ait observés se sont produits en 1881 et en 1891, années correspondant à des périodes dans lesquelles d'autres arguments viennent prouver que le pouvoir virulent de la syphilis était accru.

Ces diverses circonstances semblent bien traduire une augmentation de la virulence de la syphilis; mais cette augmentation provient-elle d'une modification dans le virus ou d'une modification dans la résistance de l'organisme humain? Pellizzari ne se croit pas en mesure de répondre à cette question.

Il se contente de faire remarquer que l'influenza semble avoir été une des causes de l'aggravation de la syphilis, et cite à ce propos trois observations de sujets syphilitiques d'ancienne date et ayant eu des manifestations nouvelles ou des récidives de manifestations anciennes aussitôt après avoir été atteints d'influenza; il rapporte également l'observation d'un homme qui, syphilitique depuis 11 ans et marié depuis quelques mois, contamina sa femme après avoir été atteint lui-même d'influenza, enfin celle d'un homme syphilitique depuis 9 ans, marié depuis 6 ans, qui infecta sa femme peu après avoir eu une attaque d'influenza. Si ces divers faits n'entraînent pas définitivement la conviction, ils sont cependant assez intéressants pour demander un supplément d'information, dont les syphiligraphes fourniraient sans doute facilement les éléments, et permettre de soupçonner l'influenza de nouveaux méfaits jusqu'à présent méconnus.

GEORGES THIBIERGE.

JULIA

L'a qui i fuloâges défau influe envis trèm clima loin tion en el syph

n'est

phiq

sypt

men

Litte 2º a L. N de san

cles alp

de va co mo

tou

# REVUE DES LIVRES

JULIANO MOREIRA Etiologia da syphilis maligna precoce. Thèse de doctorat, Bahia, 1891.

L'auteur étudie dans autant de chapitres distincts les différentes causes qui influent sur la gravité de la syphilis : alcoolisme, impaludisme, scrofulo-tuberculose, scorbut, diabète, goutte, lésions rénales, herpétisme, âges extrêmes, puerpéralité, abus et insuffisance des fonctions organiques, défaut de traitement, influence du climat. C'est à l'étude de cette dernière influence qu'est consacrée la plus grande partie de cette thèse. Après avoir envisagé le syphilis dans la plupart des pays où règnent des climats extrèmes, l'auteur arrive à cette conclusion que l'influence funeste de certains climats n'est rien moins que prouvée. Relativement à la syphilis. dit-il plus loin cette influence du climat est nulle. Ce sont les conditions d'adaptation de l'individu au pays qu'il habite qui font le danger. L'auteur montre, en effet qu'il peut y avoir des différences considérables de gravité de la syphilis dans des pays où la température est sensiblement la même. Ce n'est pas le milieu géologique qui est à redouter, c'est le milieu ethnographique. A noter dans cette étude très intéressante, cette constatation de syphilis au Chili. La syphilis est très commune à Valparaiso ; le traitement mercuriel y est refusé; les cas de syphilis mortelle s'élèvent à 6 0/0.

PAUL RAYMOND.

KARL SZADEK. - Index bibliographicus syphilidologiæ, 4º année. Littérature de l'année 1889. — Index bibliographicus dermatologiæ, 2º année. Littérature de l'année 1889. 2 broch. in-8°. Hambourg. L. Voss, 1892.

Nous avons déjà dit au moment de l'apparition des premières fascicules de cette publication le bien que nous en pensions et quelle reconnaissance les dermatologistes et les syphiligraphes devraient à notre confrère M. Szadek. Nous ne pouvons que le féliciter d'avoir persévéré dans son

œuvre ardue et ingrate de bibliographie.

La méthode suivie dans les premiers index est restée la même, les articles étant groupés par ordre de matières et dans chaque groupe par ordre alphabétique des auteurs ; une table de ceux-ci avec l'indication du groupe et du numéro de groupe de l'article correspondant ajoute à la facilité des recherches. La plupart des articles cités, le sont de seconde main, ce dont on aurait mauvaise grâce à blâmer l'auteur, car il ne pourrait posséder tous les volumes ou tous les périodiques ; mais ils le sont ordinairement d'après les journaux de dermatologie qui les ont analysés; et l'indication de ces analyses rendra de grands services et permettra, à défaut du travail original, d'en posséder du moins le reflet. Souhaitons que M. Szadek continue sa publication en émettant le vœu timide que deux années seulement au lieu de trois séparent l'apparition de l'index de celle des publications qu'il relate. H. F.

# NOUVELLES

Nous avons le plaisir d'enregistrer la nomination de M. Petrini, de Galatz, comme professeur de clinique des maladies cutanées et syphilitiques à la Faculté de médecine de Bucharest. M. Petrini, de Galatz, quitte la chaire d'anatomie pathologique qu'il occupait déjà pour se consacrer plus spécialement aux études dermatologiques et syphiligraphiques.

# CONGRÈS DE ROME

Le XIº congrès international de médecine qui doit, comme on sait, se tenir à Rome cette année, aura lieu du 24 septembre au 1ºr octobre. Le président général du comité d'organisation est le professeur Baccelli, le secrétaire général le professeur Marachano (de Gênes), et le trésorier le Dr Pachani (de Rome). Le comité de la XVIIº section, Dermatologie et syphiligraphie, est composé de MM. les professeurs : Barduzzi D. (Sienne). Campana R. (Gênes), De Amicis T. (Naples), Maiocchi D. (Bologne), Pellizzari C. (Florence), Manassei C. (Rome), Scarenzio A. (Pavie), Breda A. (Padoue), Giovannini S. (Turin), Profeta G. (Palerme), Mibelli V. (Parme), Ferrari P. (Catane), Mazzitelli P. (Messine), Tommasoli P. L. (Modène), qui se chargent de transmettre les adhésions de ceux qui voudront bien les leur adresser.

### MORT DE M. LE PROFESSEUR HARDY

La mise en page des Annales de Dermatologie était déjà faite quand nous est parvenue la douloureuse nouvelle de la mort de M. le professeur Hardy. Le doyen des dermatologistes français a succombé le 23 janvier 1893, après quelques jours seulement de maladie. Nous nous réservons dans notre prochain numéro de consacrer à M. Hardy une notice nécrologique. Les dermatologistes des pays étrangers déploreront avec nous la mort de notre maître vénéré resté si jeune encore et dont ils ont pu apprécier la vaillante activité, il y a quelques mois à peine, au Congrès de Vienne, et s'associeront, nous en sommes sûrs, aux hommages que lui rendra l'école française.

Le Gérant : G. Masson.

IMPRIMERIE LEMALE ET Cie, HAVRE

L

M

peu

con

et s

pro

tête

I

Pa

po

il e

cir

qu

co

se

ap

de

CE

be

# TRAVAUX ORIGINAUX

# LE PROFESSEUR HARDY

Le doyen des dermatologues français, notre maître A. Hardy, est mort le 23 janvier, emporté en quatre jours par une pneumonie.

Malgré son grand âge, il était en pleine activité d'esprit : tous ceux qui ont suivi, en septembre dernier, les séances du congrès de Vienne peuvent l'attester ; ils y ont applaudi le beau rapport par lequel il en a inauguré les travaux en qualité de président d'honneur et qui restera comme son testament médical ; ils y ont admiré sa verve, son entrain et souvent son éloquence dans les nombreuses allocutions qu'il a dû prononcer comme chef de la délégation française, fière de l'avoir à sa tête.

La carrière médicale de Hardy a été heureuse et brillante. Né à Paris le 30 novembre 1811, il arrive en 1832 à l'internat; il a alors pour maîtres Rostan et Andral; chef de clinique de Fouquier en 1838, il est nommé en 1839 médecin des hôpitaux; il fait alors pendant cinq ans le service du Bureau central, passe ensuite une année à Lourcine et cinq années à l'hôpital de Bon-Secours, pour devenir, en 1851, médecin de l'hôpital St-Louis; il devait y rester 22 ans et ne le quitter que pour prendre, à la Charité, la chaire de clinique médicale qu'il a conservée jusqu'en 1887; il a donc été pendant 48 ans à la tête d'un service hospitalier.

Il a occupé les postes les plus élevés de la hiérarchie médicale : nommé agrégé en 1847, professeur titulaire de pathologie interne en 1867, il arrivait à l'Académie de médecine la même année ; il a été

appelé à la présider pendant l'année 1883.

Hardy a dû pour rédiger, en collaboration avec Béhier, son traité de pathologie interne, faire une seconde édition du premier volume, consacré à la pathologie générale, et enseigner pendant 20 ans, d'abord la pathologie interne à la Faculté, puis la clinique interne à la Charité, consacrer une partie de son temps et de ses forces à des études n'intéressant que secondairement la dermatologie; néanmoins, cette branche de la médecine est toujours restée l'objet de sa prédilection: nous en avons pour témoignages les cours cliniques sur les maladies de la peau qu'il a professés à l'hôpital St-Louis de 1853 à 1864, et publiés successivement sous les titres de Leçons sur les

ANN. DE DERMAT. - 3º ste. T. IV.

maladies de la peau, 1858-1859, Leçons sur les affections cutanées dartreuses, 1862, Leçons sur la scrofule et les scrofulides, 1864, diverses communications faites à l'Académie de médecine, le Traité des maladies de la peau publié en 1864, la Clinique photographique de l'hôpital St-Louis en collaboration avec de Montméja, et enfin, le Traité pratique et descriptif des mala dies de la peau, qui date seulement de 1886. La carrière de Hardy est le meilleur argument que l'on puisse opposer aux partisans d'une spécialisation exclusive.

La dernière période de la vie scientifique de Hardy a été consacrée presque exclusivement à notre science : en 1889, il a présidé le premier Congrès international de dermatologie et de syphiligraphie et pris une part active à ses travaux; cette même année, il contribuait à fonder la Société française qui a pour objet ces mêmes études et il était appelé le premier, à en diriger les séances; il en a été nommé, en 1891, président d'honneur et a continué à fréquenter ses réunions : nos bulletins sont là pour témoigner avec quel intérêt il prenait part à nos discussions; enfin il a eu, il y a peu de mois, à Vienne, son dernier triomphe comme dermatologue.

A. Hardy tient une place considérable dans l'histoire dermatologique de notre siècle. Quand il est arrivé à l'hôpital St-Louis, la plupart de ses collègues y professaient encore la doctrine Willanique de leur maître Biett; ils s'attachaient exclusivement à décrire et à classer les maladies de la peau d'après leurs lésions élémentaires; dès 1858, Hardy s'éleva contre cette conception trop étroite qui conduisait à des idées fausses. La forme, disait-il alors, ne joue qu'un rôle secondaire dans les maladies de la peau : « une même maladie peut présenter, tantôt des vésicules, tantôt des pustules, tantôt des squames, quelquefois même toutes ces lésions à la fois ; au-dessus de la forme, il y a le caractère particulier de l'éruption, sa nature qui lui imprime un cachet spécial.... il s'agit d'élucider cette question de nature ». Telle a été constamment son idée dominante en dermatologie.

On doit à Hardy la connaissance d'un certain nombre de variétés ou de types morbides; ils suffiraient à faire vivre sa mémoire: nous citerons la syphilide pigmentaire (la description qu'il en a donnée le premier est restée classique), la sclérémie ædémateuse, la dysidrose qu'il a considérée comme une variété d'eczéma, mais bien étudiée dans ses caractères cliniques, la gomme tuberculeuse qu'il a fait connaîtres ous le nom de scrofulide phlegmoneuse; contribuant à établir la classe des maladies parasitaires, contestées par plusieurs de ses collègues et devenant ainsi l'un des précurseurs du parasitisme en pathologie, il a montré les rapports qui existent entre les maladies désignées alors sous les noms d'herpes tonsurans, d'herpes circiné et de sycosis et il les a groupées sous le nom commun de tricophytie cutanée.

Πe

goi

l'ic

acr

leu

qui

pse

ém

raj

jou

cor

cae

d'e

a é

tio

qui

vei

cor

ple

l'a

l'h

gr

cit

do

att

il (

rei

Bi

àl

un

no

pe

1

Il est un de ceux qui ont mis en relief la contagiosité de la pelade.

On doit encore à Hardy de bonnes descriptions du mycosis fongoïde sous le nom de lichen hypertrophique, de l'acné miliaire, de l'ichtyose locale, du lupus acnéique sous le nom de scrofulide acnéique, du lupus impétigineux sous le nom de scrofulide pustuleuse, du lupus papillomateux sous le nom de scrofulide verruqueuse, et de la chromhidrose; il a indiqué la coïncidence du psoriasis avec des arthropathies; il a contribué à faire connaître les éruptions bromiques.

Au point de vue thérapeutique, on doit surtout à Hardy le traitement rapide de la gale qu'il a institué en 1852 et qui, depuis lors, a toujours été employé à l'hôpital Saint-Louis avec un succès presque constant, le traitement de l'acné par les préparations de mercure et la vulgarisation du traitement de l'eczéma par l'application du

caoutchouc.

Les facultés maîtresses de Hardy ont été la netteté et la clarté d'esprit, la rectitude du jugement et le don d'enseigner. Tout ce qu'il a écrit reste vrai; les dénominations seules ont changé; ses publications seront donc toujours consultées avec fruit par les générations

qui suivront.

Hardy laissera, dans l'esprit de tous ceux qui l'ont entendu, le souvenir d'un professeur hors ligne : sa parole toujours nette et claire, sa voix vibrante et portant au loin, sa mimique expressive, son accent de vérité et d'autorité fixaient l'attention de ses auditeurs ; ses discours abondaient en traits souvent d'une grande finesse et toujours pleins d'à-propos ; il en a été ainsi pendant toute sa carrière ; tel nous l'avions connu en 1862 à l'hôpital Saint-Louis quand nous avions l'honneur d'y être son élève, tel il a été acclamé l'an passé au Congrès de Vienne.

Nous devons dire enfin ce que fut l'homme : avec une grande vivacité de caractère qui rendait parfois son abord un peu brusque et lui donnait une apparence de rudesse, il était foncièrement bon, probe, attaché à ses devoirs, d'une grande franchise et dévoué à ses amis; il chérissait ses élèves à qui il a dédié son dernier livre; il était heureux de compter parmi eux MM. Millard, Constantin Paul, Parrot, Bidard, Lacombe, J. Renaut, Landouzy, A. Robin, Josias, Déjerine, Armand Siredey et le professeur Köbner, qui, il y a peu de jours, en apprenant la mort de son ancien maître, s'honorait d'avoir suivi ses leçons à Saint-Louis en 1860 et 1861; toute sa vie, consacrée à l'étude, à l'enseignement et à la pratique de la médecine, peut être citée comme un modèle de délicatesse et d'honnêteté constantes; aussi, adopteronsnous, en l'étendant, la formule qu'en a donnée M. Laboulbène à l'Académie de médecine: fuit vir probus et bonus, medendi et docendi peritus.

H. Hallopeau.

# CONTRIBUTION A L'ÉTUDE DE LA TRICHOPHYTIE HUMAINE

### Par R. Sabouraud

Interne de l'hôpital Saint-Louis.

(Travail du laboratoire de bactériologie de M. le D' BESNIER).

IIe Mémoire (1).

Les trichophytons à grosses spores.

### SOMMAIRE

Exposé des faits établis et des faits à établir.

I. — Différences des cultures de trichophyton mégalosporon suivant leur provenance. Nécessité d'établir leur identité ou leur non identité.

II. — a. L'identité ou la non identité des trichophytons à grosses spores ne peuvent être mieux prouvées que par la culture sur un milieu sensible de composition constante.

β. Recherche de ce milieu.

III. — Résultats généraux obtenus par ces moyens. Les tricophytons mégalosporons formeraient une famille nombreuse comprenant une série encore non limitée de types principaux (dix-neuf jusqu'à présent) et quelques variétés plus ou moins distinctes de ces types.

IV. — Objections qu'on peut faire à ces résultats.

Réponses à ces objections.

V. — Comparaison de ces résultats aux faits cliniques.

Interprétation.

VI. - Conclusions.

VII. — Tableau synthétique des espèces isolées et de leurs caractères spéciaux.

A. — Dans un précédent travail, nous avons avancé, et nous croyons même avoir établi, que l'ancienne entité clinique : la trichophytie, considérée comme univoque devait être dédoublée; qu'il y avait une trichophytie causée par un parasite à petites spores et une autre trichophytie causée par un parasite à spores grosses.

Que cette dernière espèce parasitaire causait les trichophyties des régions glabres, et que son pronostic, même quand les régions pilaires et le poil étaient envahis, restait ordinairement bénin.

Que le trichophyton à petites spores était au contraire essentiellement un parasite du cheveu, et qu'il y causait fréquemment des trichophyties rebelles. CC

ch

co

la

la qu

sie ph

eu

re

tu

los

en

no

ce

me

di

no

lo

fiq

ta

pa en

pa

tri

tic

lh

te

<sup>(1)</sup> Voir le No de novembre 1892, des Annales de dermatologie.

Ces faits généraux restent vrais pour nous, et nous les confirmons chaque jour. Mais s'ils sont vrais, ils sont incomplets; nous venons donc poursuivre l'étude entreprise, et suivant la division naturelle de la maladie, après l'avoir envisagée dans son ensemble, étudier chaque partie séparément.

Il semble alors, que nous eussions dû entreprendre l'étude plus complète du parasite dont l'évolution sur l'homme cause la maladie la plus grave : le trichophyton microsporon, d'autant qu'il est dans la trichophytie des cheveux prise séparément, un peu plus fréquent

que le trichophyton à spores grosses.

Une raison cependant, nous a fait consacrer d'abord nos recherches à ce dernier. Dès notre précédent travail, nous en possédions plusieurs types, indiscutablement différents, tandis que le type trichophytique à petites spores gardait au contraire une unité relative.

Nous avons voulu savoir quels liens de parenté rattachaient entre eux les différents parasites caractérisés par la spore grosse, et ces recherches nous ayant forcé à reviser attentivement toutes nos cultures de ce groupe, c'est une étude générale du trichophyton megalosporon que nous sommes amené à présenter.

Il est bien certain par avance, que cette étude sera incomplète encore; il doit nous suffire qu'elle avance et prouve quelques faits

nouveaux.

B. - La conclusion à laquelle nous nous proposons d'arriver dans cette étude, est la suivante. Nous la plaçons en tête de ce travail seulement pour indiquer le but auquel nous serons conduit. Et nous tenons à dire que ce n'est pas une hypothèse préalable, posée à l'avance et que nous aurions vérifiée, mais bien la conclusion inattendue que la logique et les faits nous ont contraint d'accepter.

La teigne « trichophyton megalosporon » n'est pas une espèce unique, mais renferme des espèces extrêmement nombreuses, spécifiquement distinctes, c'est-à-dire que les caractères de chaque espèce

paraissent fixes, héréditaires et permanents.

Ces espèces pourront être caractérisées peut-être toutes, mais certainement [quelques-unes, par l'aspect objectif des lésions, d'autres par les caractères microscopiques du parasite dans la lésion, toutes enfin par l'aspect caractéristique de la culture en milieu artificiel, et

par l'examen du parasite cultivé.

Non seulement l'homme est sujet à contracter plusieurs teignes trichophytiques à grosses spores, mais plusieurs animaux domestiques en possèdent une espèce spéciale et quelquefois des espèces différentes. Aussi par le fait de ses rapports avec les animaux, l'homme est-il exposé à contracter d'eux un nombre considérable de teignes diverses d'une incroyable variété.

Malgré cette variété, tous les types isolés de ces parasites se rap-

portent à une même famille botanique, sont semblables entre eux par leurs caractères primordiaux. Ils diffèrent l'un de l'autre par des caractères secondaires.

Tandis que le trichophyton microsporon paraît être spécial à l'espèce humaine (?) les trichophytons animaux jusqu'ici étudiés se rapprochent tous du type que nous avons décrit sous le nom de trichophyton megalosporon.

Avant d'étudier plus complètement ce dernier type et ses différentes espèces ou variétés, nous devons le définir très exactement. Pour nous, nous désignerons sous le nom de TRICHOPHYTON MÉGALOS-PORON, ceux qui dans le cheveu ou le poil sont caractérisés par des spores rondes de 7-8 µ de diamètre, et dans les cultures spores gélose au moût de bière, par une colonie adulte de surface poudreuse, dont la périphérie est entourée de rayons arborescents.

Différence des cultures de trichophyton megalosporon, suivant leur provenance. Nécessité de prouver leur identité ou leur non identité.

Quand on étudie indistinctement tous les cas de teigne qui se présentent à l'examen, le premier fait frappant qu'on observe, est que les cheveux examinés et les cultures auxquelles ils donnent lieu, se rapportent à deux types constants et différant l'un de l'autre. Nous avons exposé ces faits.

Le premier, est le cheveu à petites spores, il donne sur la gélose au moût de bière une culture duveteuse.

Le second, est le cheveu à grosses spores, il donne sur le même milieu une culture poudreuse.

Mais ce premier fait observé, un second est d'une évidence égale et presque aussi important : Toutes les cultures de trichophytons à petites spores se ressemblent entre elles, au point qu'on pourrait les prendre l'une pour l'autre; elles ne se distinguent guère que par une plus ou moins grande abondance de duvet.

Il n'en est pas ainsi pour les cultures de trichophytons à grosses spores. Toutes les cultures provenant d'un même cas et faites sur le même milieu sont identiques; mais d'un cas à l'autre, quand les cultures sont faites en milieux sensibles (1) on peut observer quelques différences d'aspect dans la culture. Et ces différences ne sont pas accidentelles, car elles demeurent semblables pour toutes les cultures provenant d'un même individu.

CON

0

gén

trai

gro

de

mo

que

trè

foll

d'a

spo de typ enc bea

tur ces

COL

dif

d'a

qu

à s

be

aff

ac

ta

80

rés

th

1

J

<sup>(1)</sup> Sur gélose au moût de bière par exemple, ou sur pomme de terre.

Cependant malgré ces différences de petit détail, la ressemblance générale de toutes les cultures reste telle (l'examen du cheveu montrant le champignon semblable dans tous les cas), que je pus conclure un moment à des différences accidentelles et à l'unité du parasite à grosses spores.

J'étais aidé dans cette conclusion, par ce fait que je savais le moût de bière un milieu altérable par la chaleur; que je m'étais servi de moûts de bière de diverses provenances et que je pouvais en conséquence, attribuer ces très légères différences dans les cultures à de très légères différences dans la constitution chimique de leur milieu.

Mais bientôt, avec deux lésions trichophytiques très spéciales, une folliculite agminée trichophytique et une énorme plaque circinée d'apparence dysidrosique, j'obtins deux trichophytons à grosses spores spéciaux. (Je passe sur les preuves que je me donnai de suite de leur rôle parasitaire.) Bien que leurs cultures offrissent avec le type vulgaire d'étranges ressemblances, leurs dissemblances étaient encore plus évidentes. Ces deux cas, à eux seuls, ébranlaient donc beaucoup l'idée d'un trichophyton megalosporon unique.

Alors les différences, observées antérieurement dans d'autres cultures de trichophyton à grosses spores me revinrent en mémoire. Si ces deux derniers trichophytons n'appartenaient pas au type que je connaissais, combien d'espèces fallait-il admettre dans ce type? Les différences minimes, mais constantes, observées dans beaucoup d'autres cas étaient-elles suffisentes pour conclure à autant d'espèces que j'avais observé de différences?

Mais alors ce ne serait plus deux ou trois espèces de trichophytons à grosses spores, ce serait d'x ou quinze qu'il faudrait admettre? Ce fait si opposé à l'opinion de l'unité de la trichophytie, acceptée par beaucoup, presque à l'égal d'un dogme scientifique (1) ne pouvait être affirmé sans preuves décisives.

Cependant je me trouvais devant une double hypothèse, différences accidentelles des cultures, ou différences dues à des espèces parasitaires distinctes; problème nettement posé et qui demandait une solution.

<sup>(1)</sup> Il est à remarquer que l'opinion des unicistes s'appuie sur un fait clinique certain, la ressemblance des trichophyties circinées entre elles, et leur identité de réaction au traitement. Mais quand même les trichophytons seraient innombrables, ce fait clinique pourrait exister.

L'analogie des parasites expliquerait assez l'homologie des lésions, etc. Et la synthèse clinique qui a créé la trichophytie n'en resterait pas moins belle, au contraire.

1

# A. — L'identité ou la non identité des trichophytons à grosses spores ne peuvent être mieux prouvées que par la culture sur un milieu de composition constante.

Or, il n'y a pas à dissimuler que la solution du problème ne fût difficile, car il comprenait beaucoup d'inconnues. Et d'abord sur quoi se baser pour affirmer qu'une espèce trichophytique est différente d'une autre?

Quand cette différenciation s'appuie, comme pour les deux grands types trichophytiques, sur des différences de forme et d'habitat parasitaires, sur des cultures d'aspect très différent et constamment différent, il est impossible de ne pas conclure qu'il y a deux trichophytons.

Mais parmi toutes les trichophyties à grosses spores que j'avais observées, rien de tout cela. Dans le cheveu, sauf quelques cas, le parasite semblait identique et les cultures seulement offraient quelques différences, mais, cultures, sur un milieu qui chimiquement n'était pas toujours semblable à lui-même.....

Il faut l'avouer dès l'abord, aucun moyen absolu n'existe pour permettre d'affirmer sans restriction la non identité de parasites qui ont tant de points communs. On ne peut se baser:

Ni sur l'aspect clinique de la lésion qu'ils occasionnent trop souvent défigurée par le traitement, par les infections secondaires, peut-être par la nature même de la peau (1).

Ni sur l'aspect microscopique du cheveu, car deux parasites très peu différent, sréduits au strict minimum de leurs organes végétaux, peuvent paraître identiques et ne l'être pas (2).

Ces deux réactifs sont d'une sensibilité insuffisante, sinon pour fournir des arguments à la discussion au moins pour y apporter des certitudes.

Mais il ne faut pas croire non plus que l'examen microscopique du parasite cultivé pourra faire d'emblée cette certitude. On sait trop maintenant que la multiplicité des formes de reproduction et de végé-

CON

tati

ser

tou

gai

ch

tul

bi

d'e

co

da

de

q

es

ét

<sup>(1)</sup> Nous verrons cependant qu'on peut diagnostiquer à l'œil nu certaines espèces trichophytiques, au seul aspect objectif de la lésion. Si donc ce criterium est insuffisant, il apporte à l'enquête une part d'informations qui n'est pas négligeable.

<sup>(2)</sup> Un exemple très instructif de ce fait peut être donné par la ressemblance extrême des favus et des trichophytons à grosses spores dans le cheveu.

Cependant, comme l'aspect objectif de la lésion, l'aspect microscopique du parasite dans la squame et surtout dans le poil est bien autrement différencié qu'on ne l'a écrit. Nous connaissons actuellement quatre espèces de poils trichophytiques à grosses spores dont nous pouvons annoncer à coup sûr la culture spéciale.

tation des champignons inférieurs suivant les milieux qu'ils traversent, peut les rendre méconnaissables (1).

Au contraire des deux précédents, ce réactif se trouve donc être trop sensible pour nos moyens actuels d'investigation. Un autre criterium, tout grossier qu'il paraît être, nous semble offrir beaucoup plus de garanties.

Nul doute, que si nous opérions avec un milieu de culture toujours chimiquement identique à lui-même, et que sur ce milieu les cultures de diverses provenances soient séparées par des caractères bien nets, permanents, héréditaires, nul doute qu'il ne s'agisse d'êtres différents (2), quand bien même leur lésion, leur aspect microscopique dans l'état parasitaire, enfin même leur aspect microscopique dans la culture semblerait de tous points identique (3).

En conséquence, nous trouvant en face de plusieurs types très évidemment distincts de trichophyton à grosses spores et soupçonnant que des ressemblances de culture nous dissimulaient encore d'autres espèces, différentes mais plus proches les unes des autres, nous avons été amené à les différencier entre elles par leurs cultures sur un milieu fixe, de composition chimique définie et sur un milieu qui en outre devait être approprié aux besoins des parasites, assez

(1) Un exemple topique peut en être donné : c'est l'incertitude des classifications actuelles des  $muc\acute{e}din\acute{e}es$ .

Chaque jour on rattache à des types anciennement connus, des formes qui en avaient à tort été détachées et nommées comme individus distincts.

(2) Il faut avoir observé comme nous avons pu le faire cent fois, la persistance des signes particuliers de certaines cultures, pour se rendre compte de la véracité de ce criterium d'identité. Des cultures maintenues pendant des mois dans des milieux où elles ne trahissaient en aucune façon leur spécificité, retrouvent leur signe spécial d'autrefois, dès le premier réensemencement sur milieu sensible.

On peut mettre ces faits en évidence, par la culture sur gélose au moût de bière, dans des matras à fond plat d'Erlenmeyer. La culture peut s'étendre ainsi en tous sens et montre avec plus d'évidence son aspect spécifique, toujours identique, même après ensemencements et passages sur n'importe quels milieux (même après passage sur l'animal). C'est du moins ce que nous avons constaté jusqu'ici sans exception.

(3) Il est inadmissible en effet que deux végétaux, si on les suppose de même espèce, ayant été soumis à des conditions physiques et chimiques absolument identiques, gardent entre eux des différences d'aspect et de port, permanentes et héréditaires.

Quant à l'identité apparente des trichophytons megalosporons, à l'examen microscopique des cultures, cette identité n'existe pas. Mais quand bien même elle existerait, elle ne serait pas une preuve d'identité d'espèce.

Ce fait ne serait pas nouveau dans la série des végétaux parasitaires, MM. Sauvageau et Radais, dans une monographie très étudiée du groupe des actinomycoses (Les oospora. Annales de l'Institut Pasteur, mai 1892) ont signalé l'impossibilité de distinguer au microscope l'Oospora Guignardi et l'Oospora Eppingerii, tandis que leur culture différente permet d'affirmer à première vue, la dualité de leur espèce. Et il y a d'autres précédents du même genre.

pour permettre leur développement intégral, et nous rendre possible de les distinguer à l'œil nu.

Mais d'abord, il fallait trouver un milieu sensible et de composition constante.

# B. — Recherche d'un milieu de culture propre à la différenciation des espèces de trichophyton mégalosporon.

Ce milieu, je ne pouvais le chercher à l'aveugle, en essayant tous les mélanges artificiels, toutes les infusions végétales et autres, sans aucun ordre.

De tous les milieux que j'avais employés jusqu'ici (1), deux nous avaient toujours semblé très favorables à la culture des trichophytons, c'étaient la pomme de terre et le moût de bière gélosé.

La pomme de terre reste toujours le premier milieu de culture à essayer pour toutes les espèces de champignons inférieurs. Les oospora (actinomycoses), espèces très proches des Botrytis, sont différenciées par ce milieu mieux que par tout autre (2).

Et nous en dirons presque autant en ce qui concerne les trichophytons. Aucun milieu ne donne entre les deux grands groupes trichophytiques une différenciation plus saisissante et d'une plus grande évidence.

En ce qui concerne la différenciation des espèces trichophytiques à grosses spores entre elles, la pomme de terre est un peu moins parfaite. De nombreux exemples nous ont prouvé que ce milieu, excellent pour quelques espèces, était moins bon pour d'autres, cependant aussi distinctes entre elles en réalité.

Pour d'autres raisons aussi, la pomme de terre est ici un milieu à rejeter, aussi bien que le moût de bière, il n'est pas chimiquement toujours identique à lui-même (3).

(1) Nous tenons à répéter une fois de plus que la gélose et la gélatine peptonisée, le sérum et d'une façon générale tous les milieux usuellement employés dans un laboratoire de bactériologie sont absolument insuffisants dans la question qui nous occupe. La différenciation même des deux grands types trichophytiques à grosses spores et à petites spores y est peu évidente. Et nous croyons que si cette différenciation n'a pas été faite plus tôt, c'est que les premières cultures ont été essayées sur ces milieux en quelque sorte indifférents. Ce que nous avons dit et ce que nous disons ne peut être vraiment vérifié que sur des milieux beaucoup plus sensibles. Nous donnerons d'ailleurs scrupuleusement la formule de ceux dont nous nous serons servi.

(2) Voir : Sauvageau et Radais (Monographie déjà citée).

(3) Qu'on fasse, avec deux pommes de terre, de chacune trois tubes de culture et qu'on ensemence sur tous une même espèce trichophytique, les trois cultures des tubes provenant de la même pomme de terre sont identiques, mais elles diffèrent souvent en apparence des trois autres cultures des trois tubes que la seconde pomme de terre aura fournis. Il y a là une cause d'erreur à signaler dans une étude sur la

Les de il me

CON

anin ne n il m C qu'i

trou

ne j Il tre, A

F

sive

il d

tièn cro de d'e fois

> ne cu

me

cas

diff

1 8

ce séj

pe

Le moût de bière gélosé est peut-être encore un milieu plus sensible que la pomme de terre. Ce milieu m'avait permis de différencier les deux grands groupes trichophytiques. Comme la pomme de terre il montrait jusqu'à l'évidence les différences de culture des trichophyties animales et humaines. Et de plus, entre les trichophyties que rien ne me permettait de distinguer, entre des cas en apparence semblables, il montrait des dissemblances de détail très frappantes.

C'est donc sur ce milieu que je commençai une série de recherches qu'il faut brièvement résumer : mon but étant, comme je l'ai dit, de trouver un milieu artificiel excellent, je devais chercher d'abord si on ne pouvait améliorer celui qui paraissait déjà de tous, le meilleur.

Il y a plusieurs moûts de bière, ils diffèrent d'une brasserie à l'autre, et le même brasseur en a généralement deux (1).

Ayant expérimenté les deux, je m'aperçus que le plus étendu d'eau était le plus favorable à la culture des teignes. Ce fut une indication.

Pratiquant alors avec le moût de bière double des dilutions successives, je vérifiai qu'étendu de deux fois son volume d'eau — au 1/3 — il donne les cultures les plus florissantes; au quinzième et au vingtième, des cultures dont la germination est plus rapide, mais dont la croissance reste faible, et qu'enfin l'ensemencement dans le moût de bière au 1/5°, c'est-à-dire dans un liquide formé de quatre parties d'eau et d'une partie de moût de bière double, donne une culture à la fois riche et de caractères différentiels très accusés (2).

Je vérifiai alors le premier point acquis de ces recherches en ensemençant à la fois sur de la gélose au moût de bière au 1/5°, tous les cas de trichophyton à grosses spores en ma possession: Le nombre des espèces différentes m'apparut beaucoup plus considérable que je ne me l'imaginais...

Mais sans anticiper sur des résultats que je ne pouvais encore discuter sérieusement, je n'avais élucidé encore que la moitié du problème posé. J'avais trouvé un milieu très propre à la différenciation des teignes (3) à grosses spores, mais ce milieu ne m'était pas chimique-

différenciation des espèces. Toutefois, parmi les milieux ordinaires de laboratoire, c'est de beaucoup le meilleur, et, en l'absence de moût de bière, celui auquel de toute nécessité il faut recourir.

(1) Le premier est le moût de bière double il sert à la fabrication des bières de table. Celui dont je me suis servi marquait 13-14 au saccharimètre de Balling, 7°,5 à 8 au pèse-bière.

Le second moût de bière, simple, qui sert à la fabrication des bières communes, marquait environ 4°,5 au pèse-bière et 8 au saccharimètre.

(2) Si les cultures dans des milieux très dilués restent pauvres, elles sont précoces, ce qui fait d'une gélose composée de moût de bière aû 1/15, un excellent milieu de séparation pour les trichophyties des régions glabres. Il est à noter que le moût de bière double, étendu de 50 fois son volume d'eau, donne encore des cultures très petites mais très abondantes.

(8) Je répète qu'il ne s'agit ici que des teignes à grosses spores, car en ce qui

ment connu. Il s'agissait maintenant de l'analyser et de le reconstituer de toutes pièces, avec des composés chimiques définis.

Je soumis à l'analyse le moût de bière double qui m'était fourni (1). L'analyse du sucre de malt, faite à la liqueur titrée de Fehling, me donna 184 gr. de maltose par litre.

L'analyse de la dextrine faite au polarimètre, après soustraction de la déviation droite due à la quantité de maltose connue, montra 10 gr. de dextrine par litre. L'analyse des matières albuminoïdes, par le dosage de l'azote total (méthode de Gjeldal) en décela seulement 3 gr. 5, pour 1000 (2).

Donc le moût de bière double correspondait à:

184 gr.	maltose	p. 1000
10 gr.	dextrine	_
3.5	matières albuminoïdes	-

Le moût de bière au  $1/5^{\rm e}$ , le meilleur milieu de culture trouvé, correspondait à :

Maltose	3,70	0/0
Dextrine	0,20	0/0
Matières albuminoïdes	0.07	0/0

Les résultats de l'analyse me montraient donc le meilleur liquide de culture comme un milieu excessivement peu azoté et ne contenant guère que du sucre.

Mais en même temps que ces recherches j'avais pensé à élucider le problème, seulement par l'expérimentation.

J'avais fabriqué deux séries de liquides peptonisés et maltosés et fait deux séries de cultures: la première dans des milieux où la quantité de peptone, faible d'ailleurs (0,50), restait la même et où d'un matras à l'autre la quantité de maltose décroissait de 7 1/2 0/0 jusqu'à zéro. Et les cultures les plus caractéristiques se montrèrent dans les milieux maltosés à 3 1/2 0/0 (3).

La seconde série porta sur un liquide maltosé à 3 gr. 5 0/0 mais où

concerne les deux grands groupes trichophytiques, le moût de bière simple donne une différenciation à la fois plus nette et plus rapidement évidente que le moût de bière double étendu au 1/5.

(1) Je tiens à remercier ici M. Portes, pharmacien en chef de l'hôpital Saint-Louis et son chef de laboratoire M. Terrat, dont l'aide obligeante et le contrôle m'ont garanti de toute erreur dans l'évaluation des chiffres ci-dessus.

(2) Il est à remarquer que la très petite quantité de matières albuminoïdes dans la bière analysée prouve qu'elle était maltosée artificiellement.

(3) Il est bien entendu que ces séries portaient conjointement sur plusieurs espèces de teignes. Ordinairement nous avons pris pour toutes les recherches similaires les quatre types les plus différenciés:

Trichoph. mégalosporon à centre duveteux (cheval), trichop. mégalosporon vulgaire, trichoph. du coq, trichoph. du chien. Les résultats pour tous sont analogues.

CON

0

la quantité de peptone décroissait d'un flacon à l'autre de 7 1/2 0/0 à zéro (1).

Les cultures les plus caractéristiques me furent fournies par le matras contenant 1 gr. 0/0 de peptone.

Cette évaluation toute expérimentale était donc, en ce qui concerne la maltose, en corrélation directe avec l'analyse centésimale. Elle était un peu exagérée en ce qui concerne les matières azotées. Mais la pratique jugeant ici en dernier ressort, j'ai accepté cette proportion de peptone plus forte que dans la bière pour le milieu de culture artificiel que je propose. Ce milieu est celui que je connais le meilleur pour la différenciation des espèces de teignes à grosses spores.

Eau																			1	0	00		
Maltose																					37		
Peptone																		5	è	1 1	10	(	2)

On peut faire à cette formule bien des objections (3).

(1) Nous noterons incidemment qu'ayant profité de ces essais pour chercher de même le meilleur liquide de culture du favus, nous avons observé qu'il cultive le plus vite et abondamment dans le milieu maltosé à 2 1/2 et peptonisé à 7 1/2 0/0, le plus azoté que nous ayons essayé. Peut-être pousserait-il plus vite encore dans un milieu encore plus azoté, ce que nous n'avons pas cherché.

(2) A ce milieu j'ajoute en quantité suffisante pour que le liquide soit neutre, un peu du mélange de sels suivants :

Carbonate de potasse	I-partie.
Phosphate de soude	0,50
Phosphate d'ammoniaque	0,50

Ce mélange est tout empirique et il est fort possible qu'on puisse l'améliorer.

Voici exactement la règle que nous suivons dans la fabrication du milieu de culture que nous proposons. Cette règle est identiquement applicable aux mélanges dont nous parlerons plus loin. Il suffit de remplacer la maltose par les autres sucres.

1º Faire digérer à l'autoclave pendant une heure quinze gr. de gélose dans 800 gr. d'eau. (Agiter tous les quarts d'heure.)

2º Retirer, passer au tamis pour enlever la cellulose de l'agar.

3º Ajouter 200 gr. d'eau dans laquelle on a dissous préalablement :

37 gr. de maltose

10 gr. de peptone

plus deux blancs d'œufs. Agiter le tout longuement.

- 4º Ajouter jusqu'à neutralité absolue du liquide un peu du mélange de sels formulé plus haut,
- 5º Porter le tout à l'antoclave à 115°. Retirer, filtrer à chaud, répartir dans les vases de culture.
- 6º Porter ces vases et leur contenu à l'autoclave à 115º un quart d'heure pour les stériliser
- (3) La première est que la composition des sels ajontés au mélange, ne correspond peut-être pas du tout aux sels que donnerait la calcination du moût de bière luimême. Et c'est évidemment le procédé qu'il faudrait employer, pour faire du moût de bière artificiel dont il s'agit, un milieu aussi proche que possible du moût de bière véritable. Une objection analogue pourrait viser la peptone (albuminoïde

Nous ne prétendons point donner ici un milieu parfait, mais seulement le meilleur que nous ayons pu faire (1).

Il nous a fourni la preuve que nous recherchions, et nous n'en voulions pas autre chose.

Mais, un seul milieu, même très bon, ne nous suffisait pas. Il en fallait plusieurs, différents et tous sensibles. Car avec l'un, on pourrait contrôler les résultats donnés par l'autre. Et si tel cas, par exemple, nous fournissait sur un milieu une culture différente des autres, si la même différence était également marquée sur un second milieu sensible et autre que le premier, l'autonomie de l'espèce nouvelle serait dans ce cas doublement certaine.

Nous savions désormais que le facteur principal de la différenciation apparente des espèces était le sucre à la dose de 3 gr. 70 0/0. Nous essayâmes donc des milieux légèrement peptonisés, et dont le sucre n'était plus de la maltose. Nous avons essayé ainsi la glucose, la mannite et la lactose.

Chacun de ces milieux est sensible, mais les milieux mannités et lactosés, après les milieux maltosés, sont ceux qui nous fournissent les meilleurs résultats d'essai (2).

animal) remplaçant les matières azotées du moût de bière dues au gluten de l'orge (albuminoïde végétal).

A ces deux objections, nous répondrons que nous cherchions non seulement un milieu chimique défini, mais un milieu facile à improviser dans un laboratoire utilisant des matières usuelles et qui peuvent être conservées. La peptone et la maltose au sec se conservent indéfiniment, et pour des recherches suivies, il est facile de s'en procurer de même marque.

Une dernière objection qu'on peut faire au milieu que nous proposons, c'est qu'il est riche en aliments hydrocarbonés (sucre), et pauvre en aliments azotés (peptone). Ceci correspond à la constitution même du végétal (cellulose). Verüjski a prouvé, il y a longtemps déjà, que le trichophyton ne consommait presque que du sucre. Du reste, dans le milieu formulé plus haut, on peut augmenter la proportion de peptone sans ajouter à la culture autre chose qu'une exubérance de végétation. Il n'y a pas là un avantage. La culture arrivant aux parois du vase se contourne, ce qui nuit à l'évidence de ses caractères différentiels.

(1) A voir combien la pomme de terre est un milieu, déjà favorable à la différenciation des teignes, nul doute qu'en partant d'un mélange artificiel de même composition centésimale, on ne puisse parvenir comme avec le moût de bière à obtenir un excellent milieu, constant, chimiquement défini, peut être meilleur que celui que nous proposons.

(2) Il est à noter que diverses infusions végétales avaient été essayées déjà par Verüjski : Eau de pommes de terre, de navets, de raisins secs, etc... C'est pour simplifier nos recherches personnelles sur ces milieux, que nous nous sommes adressé de suite aux différents sucres définis qu'ils pouvaient contenir. CONTI

mên

### III

Résultats généraux obtenus par ces moyens. Les trichophytons mégalosporons forment une famille nombreuse d'espèces fixes.

Ayant donc en main tous les éléments pour résoudre le problème, c'est-à-dire, d'une part, cinquante-quatre cas de teigne à grosses spo-

res d'origine différente et de tout aspect clinique.

D'autre part trois milieux maltosés, mannités, lactosés, extrêmement sensibles à une différenciation des espèces, je pratiquai à la fois l'ensemencement de tous les cas sur tous les milieux, faisant même, de chaque cas, plusieurs cultures sur le même milieu, afin de parer à toute éventualité.

Les résultats sur tous les milieux furent identiques, j'obtins dix-neuf espèces nettement séparées et distinctes entre elles, leur autonomie et leur spécificité distincte étant affirmée :

1º Par la similitude des diverses cultures du même cas sur le même milieu;

2º Par les dissemblances nettes des types différents en eux.

3º Par ce fait extrêmement probant que les différents milieux affirmaient les mêmes cas, dus aux mêmes espèces trichophytiques et les mêmes autres cas comme dus à des espèces trichophytiques différentes.

Aussi, appuyé sur ces preuves multiples se corroborant mutuellement, puis-je me croire en droit de conclure par la proposition suivante:

Non seulement la trichophytie humaine n'est pas causée par un parasite unique. Non seulement la trichophytie est double et partagée en deux groupes caractérisés, l'un par la spore grosse, l'autre par la spore petite.

Mais le premier de ces groupes caractérisé par le parasite à spores grosses contient un nombre d'espèces considérable, ayant chacune sur des milieux de culture appropriés, des caractères

spéciaux et différentiels.

A cette proposition, nous devons ajouter ici ce que nous entendons par l'autonomie propre de chaque espèce. Faut-il comprendre ces espèces comme des races ou des variétés reversibles après un temps, au type primitif unique dont elles seraient dérivées, ou bien l'espèce est-elle réellement, spécifiquement différente de toute autre, sans retour possible aux types voisins ou à l'un d'entre eux? Sur ces questions il faut garder une grande réserve.

Nous n'avons pas pour ces êtres, les criteriums dont peut disposer la science naturelle pour d'autres êtres vivants même végétaux, les

alliances provoquées, les métissages, les hybridations.

Tout ce que je puis dire, c'est que depuis plus de six mois que certai nes espèces me sont connues, je n'ai jamais pu surprendre chez aucune le moindre changement de type, d'apparence ou de fonctions. Aucun passage, même sérié sur l'homme et les aninaux, n'a pu amener le moindre changement dans les cultures, pas plus que le passage sur aucun milieu artificiel.

J'ajouterai qu'un certain nombre d'espèces vivent et prospèrent dans des milieux que d'autres ne peuvent tolérer; que des milieux très alcalinisés font parmi ces espèces une véritable sélection, n'en laissant pousser qu'un certain nombre. Mais je n'ai pas entrepris la recherche individuelle de leurs échanges chimiques, assez pour apprécier ce qu'ils peuvent avoir de différent.

En résumé, tout ce que je sais me fait croire qu'il s'agit là d'espèces actuellement fixées et non pas de variétés ou de races transitoires; mais une fixité d'espèce ne peut s'appuyer que sur l'impossibilité où nous sommes de l'ébranler, c'est-à-dire sur des arguments négatifs, et de longs mois d'étude ne peuvent apporter sur ce point que des présomptions et non des preuves (1).

(1) Ce qu'on pourrait affirmer en toute certitude avec de telles preuves s'il s'agissait des bactéries, toujours beaucoup moins pléomorphes que les champignons, ne doit jamais, quand il s'agit de ces derniers, être avancé qu'avec restrictions.

Depuis plusieurs semaines nous cherchons beaucoup plus à mettre nos résultats en défaut, qu'à les étayer davantage; d'une part en essayant par tous moyens de ramener à l'unité nos types cryptogamiques que leurs caractères rapprochent de plus près, et aussi par des essais inverses en essayant de différencier des cultures provenant de divers membres contaminés d'une même famille.

Nous avons échoué jusqu'ici. Malgré cela nous croyons meilleure une prudence même excessive qu'une affirmation hâtive même vraie.

Ceux qui liront, comparativement à notre travail, celui du laboratoire de M. Unna sur le favus, travail que je ne puis discuter mais dont je serais fort disposé à admettre les conclusions, car sur un sujet voisin du mien, ses conclusions sont voisines des miennes; ceux, dis-je, qui liront les deux travaux verront que l'ordre de préoccupation qui les a inspirés n'est pas le même.

Tout d'abord nous nous plaçons au point de vue clinique et non au point de vue botanique. Ce qui nous importe n'est pas d'établir un fait qui ne manque pas d'intérêt : la multiplicité des espèces parasitaires de l'homme, mais bien d'apprendre à reconnaître ces espèces, autant que possible sur le vivant; d'établir leur diagnostic et par lui leur pronostic, non au moyen des cultures, mais par l'examen objectif de la lésion ou l'examen microscopique extemperané. Et nous y sommes déjà parvenu pour plusieurs espèces.

Un second point, c'est que M. Neebe a cherché les différences microscopiques des parasites cultivés, avant de songer à établir la fixité des espèces qu'il a isolées, point cependant discutable le premier, car demain peut-être on pourra identifier des cultures jugées d'abord différentes. Ces champignons ont été étudiés comme l'eussent été des bactéries. Or, le pléomorphisme des champignons est maintenant un fait assez notoire pour qu'on ait égard aux méprises qu'il a fait commettre. C'est ce qui nous a porté à vérifier par tous les moyens, l'autonomie de chaque espèce, avant de songer à leurs caractères microscopiques peut-être tout momentanés.

De plus, ces vérifications nous ont amené à chercher pour nos espèces, non pas un

CONT

de l

Pel

### IV

# Objections que l'on peut faire à nos résultats. Réponses à ces objections.

Aux expériences techniques qui précèdent, les objections que l'on peut faire se résument à deux principales autour desquelles toutes les autres peuvent se grouper.

Certains, remarquant la confusion apparente que la pluralité des teignes met à la place de l'opinion uniciste si simple penseront que je n'ai peut-être pas isolé dans les teignes, que le parasite causal. Si je rencontre une si grande quantité de trichophytons c'est que je place parmi eux des champignons qui n'ont aucune relation causale avec la lésion sur laquelle je les ai trouvés.

D'autres qui auront vu la similitude de toutes les espèces que j'ai isolées, quand on les cultive sur certains milieux artificiels penseront que l'espèce trichophytique est une et que les différences de certaines cultures sont accidentelles.

A ces deux objections, beaucoup de faits peuvent répondre. Avant de les exposer il nous semble juste de faire observer : que si les faits proposés heurtent en quelque chose l'opinion reçue, ils résultent de recherches laborieuses, non d'hypothèses a priori. Ils ont en conséquence le droit de ne rencontrer devant eux aucune objection a priori qui en stricte justice devrait contre eux être nulle de plein droit.

# OBJ. I. — Toutes les espèces isolées ne sont pas des trichophytons (I).

milieu de culture « MOYEN » comme celui que préconise M. Unna, mais au contraire le meilleur milieu possible.

Ce manque de recherches a fait adopter à M. Neebe un milieu qui comporte un gramme de peptone pour 100 quand le favus (notre favus du moins) pousse bien plus vite dans un milieu peptonisé à 7 0/0.

Il y ajoute 1/2 0/0 de sel marin. Pourquoi ? puisque les peptones sont déjà chargées de chlorure de sodium.

Le milieu pour lui n'est rien, il est tout pour nous. C'est lui qui fait la preuve de l'autonomie de nos espèces, bien plus que les caractères microscopiques, sur lesquels il est impossible de se baser sûrement à l'heure présente, au moins sans les plus expresses réserves.

(1) On a fait à mes procédés de recherche le reproche que mes cultures de sépamtion sont faites d'ordinaire sur tubes et non sur plaques de Koch ou boîtes de Petri.

En Allemagne on ne considérerait comme valables que les séparations faites sur plaques (?)

En France, nous considérons les plaques de Petri comme utiles seulement dans les cas de séparation très complexes. Elles exposent, à la moindre faute, à des contaminations par l'air et sont d'un maniement à tout le moins incommode. Et nous

ANN. DE DERMAT. - 3º sie, T. IV.

Rép. — 1° L'examen à l'œil nu de la lésion me permet pour quelques espèces d'affirmer non seulement le groupe trichophytique à grosses spores dont le parasite fait partie, mais l'espèce spéciale que j'en isolerai, espèce dont je puis annoncer les caractères de culture. (Trichoph. du cheval, du chat (?).)

2º L'examen microscopique du cheveu ou de la squame dans d'autres cas me permet pour d'autres espèces (n° 11 du tableau et trichoph. du cheval), la même affirmation. Telle forme de parasite dans le

cheveu correspond à telle culture différente des autres.

3º Les inoculations sont positives.

4° Les inoculations permettent, après un laps de temps de quinze jours et davantage, de reprendre dans la lésion nouvelle le même parasite, caractérisé au microscope, dans la lésion et dans la culture,

par les mêmes signes particuliers.

5° Toutes les espèces isolées ont entre elles, dans l'examen objectif de la culture sur certains milieux, de telles ressemblances qu'on pourrait les croire identiques, et qu'elles ne sont différenciées que par la culture sur des milieux plus sensibles (1); sur des milieux moins sensibles ce n'est pas leur ressemblance qu'on peut mettre en doute, mais bien leur spécificité distincte.

6° Toutes les espèces isolées appartiennent à la même famille botanique. Elles diffèrent entre elles dans la culture comme des espèces botaniques par des signes particuliers, mais leurs caractères généraux sont identiques comme ceux des espèces botaniques de même

famille naturelle.

leur préférons, dans tous les cas où cela est possible (diphtérie, pneumonie, etc., etc.) l'ensemencement en stries successives sur de simples tubes assez larges pour rendre possibles cinq stries parallèles. On peut se rendre compte que la surface de séparation en est à peine diminuée : la forme du récipient importe assez peu, la méthode de séparation restant la même.

Aussi ne relevons-nous l'objection que pour mentionner un fait observé par nous au cours de nos séparations sur tubes : dans deux cas d'origine différente des colonies de trichophytons d'apparence pure étaient parasitées elles-mêmes par une mucédinée spéciale, la même dans les deux cas, et dont nous n'avons reconnu l'existence qu'à l'examen microscopique. Aucune séparation sur gélose ou gélatine, même en boîte de Petri où nous l'avons essayée, n'a pu débarrasser notre parasite de son parasite propre. C'est par l'inoculation en strie sur pomme de terre que nous avons pu y parvenir.

Le fait est intéressant en ce qu'il apporte un cas de parasitisme à deux degrés ; il est important de plus en ce qu'il montre un moyen de séparation utile à con-

naître pour ce cas spécial,

Nous ajouterons que c'est une preuve de plus de ce qu'il ne faut pas porter à tel ou tel moyen de séparation un attachement un peu fétichiste; tous doivent être connus et peuvent être utilisés suivant les cas.

(1) Nous répéterons que l'aspect poudreux de la culture adulte et surtout les rayons d'étoile de sa périphérie sont des signes « de famille » qui sont communs à tous les trichophytons à grosses spores. d

le

C

di

nic

tal

tra

ve

che

int

int

àl

OBJ. II. — Les types isolés comme des espèces distinctes de trichophyton ne sont en réalité que des variétés. C'est l'organisme sur lequel ils ont vécu qui leur a imprimé un cachet nouveau.

Rér. — Nous commencerons par mettre en doute la seconde partie de l'objection. Et ceci parce que nous ne savons aucun exemple prouvé dans toute la série des parasites, d'un être auquel l'adaptation à un milieu vivant ait donné des caractères nouveaux, durables et héréditaires. Ce serait donc une de ces objections a priori dont nous parlions tout à l'heure pour les écarter de la discussion, si le pléomorphisme des champignons connus ne justifiait cet argument dans une certaine mesure, au moins à titre d'hypothèse, mais :

1º Tous les contaminés d'une même source donnent à la culture sur les milieux les plus sensibles, exactement la même espèce de trichophyton (1).

2º L'homme et les animaux sensibles, inoculés, redonnent sur les mêmes milieux une culture d'aspect identique à celle qui a fourni l'inoculation.

3° De même tous les transferts et changements de milieux n'empêchent pas chaque parasite de reprendre sur un milieu sensible les mêmes signes particuliers.

N. B. La deuxième objection réduite à sa première partie = « les types isolés sont des variétés et non des espèces » reste donc gratuite en ce sens qu'elle n'a pu, entre nos mains, s'appuyer sur aucun fait. Cependant nous ne pouvons la nier sans réserve. Nous l'avons déjà dit plus haut.

#### V

# Comparaison des résultats de l'analyse bactériologique aux résultats de l'observation clinique.

En commençant cette étude, nous voulions nous appuyer sur la clinique, et réciproquement lui fournir l'appui des preuves expérimentales qui, à l'heure présente, sont devenues nécessaires. Tout notre travail, malgré nous, nous a conduit à une solution qui semble l'inverse de celle que la clinique avait proposée pour les mêmes faits.

Si l'observation a fondu en une même synthèse tous les cas de trichophytie, c'est évidemment que les faits objectifs conduisaient à cette interprétation. Les mêmes faits pourraient-ils donc conduire à une interprétation opposée?

Ces faits cliniques les voici, nous ne chercherons en aucune façon à les altérer, ou même à les atténuer. Nous mettrons en face de cha-

<sup>(1)</sup> Dans toutes les contagions familiales que nous avons pu étudier (douze), dont quelques-unes de trois et quatre cas, nous n'avons jamais eu une exception.

cun d'eux le fait bactériologique qui y correspond : on verra s'ils se contredisent :

1ª fait clinique. — Sur un même individu portant plusieurs lésions trichophytiques cutanées, les différentes lésions sont identiques entre elles.

J'ai signalé déjà ce point extrêmement frappant insuffisamment mis en lumière jusqu'ici. Et si l'on met en doute cette affirmation, que l'on examine les moulages de trichophytie de l'hôpital St-Louis.

Certaines pièces comportent jusqu'à dix et douze cercles trichophytiques solitaires ou agminés. Le moulage a été fait sans préoccupation théorique d'aucune sorte, avec la seule idée de copier la nature le plus servilement possible. Nous ne connaissons pas dans tous ces exemples un seul qui fasse exception à la règle,

Nous noterons donc en corrélation exacte avec ce premier fait clinique le fait bactériologique énoncé par nous maintes fois déjà:

1<sup>er</sup> fait bactériologique. — Toutes les lésions trichophytiques du même individu fournissent à la culture une même espèce trichophytique, toujours identique à elle-même.

2º tait clinique. — Sur tous les individus contaminés d'une même famille, les lésions trichophytiques tégumentaires présentent identiquement le même aspect.

Ici nous n'avons pas d'autre garant que notre observation personnelle. Nous citerions un grand nombre de faits probants, car sur nos douze observations de contagion familiale nous n'avons pas d'exception à la règle. Là encore la bactériologie est d'accord avec la clinique :

2º fait bactériologique. — L'espèce trichophytique isolée sur tous les individus contaminés d'une même famille est la même. Les différentes cultures sur les milieux les plus sensibles n'arrivent pas à montrer entre elles la moindre différenciation.

3º fait clinique. — Autant les diverses lésions trichophytiques tégumentaires d'un même individu sont semblables entre elles, autant sur deux individus différents, elles peuvent être différentes. Il est excessivement rare sur deux malades pris au hasard de trouver des lésions trichophytiques qui se ressemblent par d'autres caractères que par leur circination (1).

ti

ti

(n

<sup>(1)</sup> La circination n'est pas en propre un caractère des mycoses; témoin les éléments psoriasiques, les syphilides circinées, etc. Cependant presque tous les champignons se développant excentriquement, la circination des lésions trichophytiques n'est que

Ici encore le fait clinique n'est pas nouveau puisqu'il suffit d'examiner des pièces moulées antérieurement à toute étude mycologique du sujet pour avoir sur ce point des témoignages irrécusables. Les pièces du musée Baretta montrent des placards de folliculite agminée trichophytique, des placards de lésions dysidrosiformes, des lésions circinées dont la surface semble eczémateuse; d'autres marquées par un double cercle érythémateux très fin, etc. Parmi ces pièces on en trouve à peine deux ou trois semblables entre elles.

Là encore l'observation clinique est affirmée par l'examen et la culture du parasite.

3º fait bactériologique. — Il est rare sur deux individus pris au hasard de trouver dans leur lésion trichophytique, la même espèce trichophytique.

4º fait clinique. — Parmi toutes les formes trichophytiques de la peau glabre, le placard de folliculite agminée n'est pas rare.

C'est la seule forme objective de trichophytie dont on trouve au musée de l'hôpital St-Louis, des spécimens nombreux. Je veux bien que l'aspect tout spécial de ces lésions en ait fait rechercher le moulage. Le fait cependant reste vrai.

4º fait bactériologique. — Le parasite que j'ai le plus fréquemment extrait des trichophyties cutanées de l'homme est le trychophyton megalosporon du cheval. Il causait toujours la même lésion sycosiforme (1).

5° fait clinique. — En résumé, la trichophytie cutanée revêt des aspects excessivement polymorphes. Le seul caractère circiné des lésions a permis leur diagnose et leur rapprochement.

5° tait bactériologique. — La trichophytie cutanée peut être causée par un nombre considérable de parasites dont les caractères de culture sont très différents, mais qui appartiennent à la même famille et au même groupe botaniques (2).

le témoignage clinique d'un fait commun dans les mycoses. Les mêmes circinations se reproduisent en culture artificielle. Il y a donc là un caractère montrant la commune origine mycosique des diverses lésions trichophytiques, mais nullement l'identité absolue du parasite causal.

(1) Tel est le fait qui ressort de l'ensemble de nos cultures de trichophyties cutanées. Parmi un total de 34 cas, nous avons recueilli neuf cas de trichophyton du cheval (n° 8 du tableau) alors que l'espèce la plus fréquemment observée après celle-là n'a fourni que trois exemplaires (n° 2 du tableau, T. du chat) (?).

(2) Nous ajouterons que désormais nous diagnostiquons quatre espèces trichophytiques au seul examen de la lésion cutanée. Ce sont : 1° le trichophyton microsporon (double cercle) ; 2° le trichophyton du cheval (n° 8 du tableau) ; 3° le trichophyton Nous n'ajouterons rien à cette simple confrontation de la clinique et de la bactériologie.

Il semble qu'après elle on serait mal fondé en opposant l'un à l'autre deux témoignages qui se corroborent si absolument (1).

Après tant de faits accumulés, tous conduisant aux mêmes conclusions, nous placerons la seule interprétation qui en puisse être déduite:

Un grand nombre de champignons inférieurs appartenant à la même famille botanique ou peut-être à quelques familles très proches, sont capables de végéter dans le poil, dans le cheveu et dans l'épiderme.

du chat (?) (nº 2 du tableau); enfin le trichophyton nº 7 dont l'origine est probablement animale mais encore inconnue de nous. Les caractères objectifs de la lésion que cause cette dernière espèce sont intermédiaires entre ceux des trichophytons nº 2 et nº 8.

Mentionnons aussi comme fait d'observation que la ressemblance des caractères de culture accompagne très ordinairement une ressemblance égale dans les caractères objectifs de la lésion.

(1) Quant à l'observation clinique des trichophyties pilaires, elle est encore trop insuffisante et s'annonce d'autre part comme trop difficile pour qu'on puisse en ce moment l'apporter dans le débat.

Si bien établis que paraissent être les caractères objectifs de la teigne tondante, ils sont encore très grossiers. Même aux yeux du clinicien expérimenté, il y a des pelades à cheveux fragiles qui peuvent en imposer pour une trichophytie jusqu'à l'examen microscopique et nous avons vu tels cas où le microscope aurait même difficilement tranché entre le favus et certaines espèces de trichophytons à grosses spores.

Les diverses maladies du cheveu ont d'ailleurs causé bien des méprises analogues. On peut en multiplier les exemples :

Au décours de la pelade, le cheveu peut repousser blanc, comme il le devient au cours du vitiligo. De même aussi en prenant ce seul symptôme pour trancher sur l'étiologie de ces cas, Cazenave a pu confondre le vitiligo du cuir chevelu et la pelade.

Certains ont confondu de même l'altération irrégulièrement moniliforme et accidentelle du poil qui est la trichorrexie noueuse et l'altération héréditaire et permanente qui est le monilethrix. Pourquoi tout cela? Parce que le cheveu est un organe simple et qu'il ne peut être le siège de manifestations morbides diversitiées à l'infini. Beaucoup de maladies peuvent avoir ainsi des caractères communs, bien moins en raison de la similitude de leurs causes que par la simplicité des réactions morbides de l'organe qui est attaqué.

Au point de vue de la forme seule du poil quand on a décrit les trichoptiloses, l'atrophie radiculaire peladique, les déformations moniliformes, l'enroulement du poil de la kératose pilaire, la friabilité du poil trichophytique, y a-t-il beaucoup d'autres altérations morphologiques dont le poil puisse être susceptible?

Dans les maladies qui nous occupent, non seulement la partie du cheveu, attaqué par les divers trichophytons, est la même, mais ces parasites sont comme structure et vraisemblablement comme vie physiologique aussi proches que possible les uns des autres. Quoi d'étonnant que leurs l'ésions grossières paraissent identiques? Et encore elles ne le sont pas toutes. Nous connaissons quatre formes parasitaires distinctes au microscope et permettant par l'examen extemporané du cheveu d'affirmer la culture que l'on obtiendra. D'autres espèces se distinguent parce qu'elles ne restreignent pas au poil leur envahissement (T. du cheval) et qu'elles s'accompagnent de dermite localisée, etc...

CO

cli

bla

de

gr

di

du

les

m

d'

m

to

oi

pe

g

k

Ils y causent des lésions distinctes les unes des autres, mais ayant entre elles assez de points communs pour que la seule observation clinique n'ait pu les différencier.

On a donc cliniquement réuni tous ces cas, en les croyant semblables alors qu'ils sont seulement analogues, et on en a fait cette synthèse qui est la *trichophytie*.

On croyait créer une entité morbide : ce n'est qu'un syndrome.

### CONCLUSIONS

1° Toutes les cultures de trichophyton à grosses spores, ne sont pas identiques entre elles, quand le milieu de culture est la pomme de terre ou le moût de bière gélosé.

2° La culture sur ces deux milieux peut suffire à prouver dans le groupe des trichophytons à grosses spores, l'existence de quatre ou cinq espèces distinctes. Ces cultures gardent les caractères primordiaux de toutes [les cultures de T. mégalosporon, Mais elles diffèrent du type ordinaire par des caractères secondaires constants.

3° Ces quatre ou cinq espèces étant réservées, les cultures de tous les autres cas, qui peuvent, à un examen superficiel, passer pour semblables entre elles, présentent encore de très légères différences permanentes éveillant l'idée de races, variétés ou espèces multiples.

4º Ces différences se prononcent sur les géloses au moût de bière dilué.

5° Le moût de bière au 1/5 peut servir de modèle à d'autres milieux d'une composition centésimale analogue et où le sucre peut être la maltose, la mannite, la lactose, la glucose, à la dose de 2-3 gr. 1/2 0/0.

Les meilleurs de ces milieux sont les géloses mannitées et maltosées.

6° Ces milieux extrêmement sensibles m'ont prouvé nettement lix-neuf espèces de trichophyton à grosses spores, série encore certainement incomplète.

Chaque espèce a ses caractères spéciaux. La spécificité de chacune paraît prouvée par la persistance de ces caractères, et l'impossibilité où l'on est de les modifier par aucun moyen.

7° Au point de vue clinique, dans la trichophytie pilaire, sauf pour deux espèces qui s'accompagnent de caractères différentiels macroscopiques, il est peu probable qu'on puisse parvenir au diagnostic de l'espèce par l'examen à l'œil nu.

8° Au cuir chevelu, la trichophytie du cheval se caractérise par un placard de dermite profonde, c'est la lésion connue sous le nom de herion celsi.

9º De même, au cuir chevelu, la trichophytie du chat (?) étendue

sur une surface plus large et moins bien circonscrite que la précédente, s'accompagne d'une dermite assez vive, très finement vésiculeuse ayant l'aspect d'une brûlure.

10° Également dans la trichophytie pilaire, d'autres espèces spéciales, en nombre encore indéterminé, et que leur lésion ne peut faire reconnaître à l'œil nu, se caractérisent à l'examen microscopique du cheveu par un aspect particulier du parasite.

11° Dans la trichophytie tégumentaire, la plupart des espèces s'accompagnent de lésions aussi caractéristiques que leurs cultures en milieux spéciaux :

α La folliculite agminée trichophytique est produite par le trichophyton du cheval.

β La trichophytie circinée dysidrosiforme à extension rapide est produite par le trichophyton spécial que je crois celui du chat.

Toutes les espèces se rapprochant de ces deux premières, se caractérisent en outre par un empâtement violacé de la région.

12° Il semble qu'avec le temps, on pourra reconnaître, semblablement pour chaque espèce, les caractères spéciaux de la lésion cutanée.

13° Tous ces faits expliquent l'extrême polymorphisme de la teigne trichophytique, polymorphisme dont la cause jusqu'ici restait vague.

Les trichophyties se ressemblent parce que leurs parasites causals sont très analogues; elles diffèrent, parce qu'ils ne sont pas identiques (1). CO

II.

III IV.

V.

VI.

VI

VI

1

ble

le

ľé

tis

p

<sup>(1)</sup> La communication que j'ai faite le 16 février à Société de dermatologie, sur le sujet même de ce mémoire, comprenait en outre une étude bactériologique de la teigne dans sa période de guérison. Nous croyons que cette partie peut avec avantage être distraite de ces pages déjà trop nombreuses et faire ultérieurement le sujet d'un travail spécial,

### VII

# Tableau synthétique des espèces isolées.

#### SOMMAIRE :

L — Caractères spéciaux de la lésion clinique.

II. - Caractères spéciaux à l'examen microscopique.

III. - Cultures sur gélose au moût de bière dédoublé ou simple.

IV. – – mannitée.

V. – – maltosée.

VI. - sur pomme de terre.

VII. — Milieu caractéristique de chaque espèce.

VIII. - Nombre des cas observés et localisations.

N. B. — Nous avons réparti les différentes espèces de trichophyton d'après leurs ressemblances de culture ; ce classement est tout provisoire.

Nous croyons qu'il sera possible d'établir plus tard parmi ces espèces des groupes naturels, fondés, soit sur les ressemblances microscopiques des espèces; soit (ce que nous croyons pouvoir faire d'ici peu), sur leurs ressemblances objectives de culture en même milieu: ressemblances qui accompagnent d'ailleurs une semblable ressemblance objective des lésions.

Il n'est pas douteux, par exemple, que le trichophyton du cheval (n° 8) ne forme le centre de tout un groupe d'espèces, de caractères analogues, etc...

# I. – Caractères spéciaux de la lésion clinique.

Nºs 9, 13, 14, 15, 16, 17, 18. — Trichophyton mégalosporon (T. M.) (en général). — Pousse également dans l'épiderme et dans le poil. Dans l'épiderme, placards érythémateux circinés, sur lesquels s'accuse ensuite une vésiculation très fine et très rare, quelquefois zone centrale eczématisée. Si un cercle extérieur s'accuse, il n'a pas toujours le même centre que le premier.

Dans la barbe, cette trichophytie pilaire s'accuse par des plaques irrégulières, en clairières, sans sycosis, poil engainé sec, cassé à 3 millim., plus gros que normalement.

Dans les cheveux chez l'enfant: une plaque primitive considérable pouvant admettre par agmination de foyers secondaires ou extension progressive jusqu'à 10 et 15 centim. de diamètre. Cette plaque peut être unique, en tous cas les inoculations secondaires sont rares au cuir chevelu. Ces plaques ne sont pas rondes. Aux points malades l'épiderme est ordinairement sain et propre. Quelquefois aux points récemment atteints il y a un peu de desquamation furfuracée. Le cheveu malade est gros. Il est cassé très près de l'orifice épidermique du follicule; souvent son extrémité est contournée à l'orifice pilaire comme le poil des kératoses pilaires. Les poils malades sont assez distants pour que la pince n'en épile qu'un à la fois. Le poil épilé est court, trapu, engainé ou non d'une couche épidermique. Cette enveloppe épidermique forme au niveau de l'émergence du poil une collerette libre.

Très fréquemment, inoculations secondaires *aux parties glabres*, elles ne sont pas d'abord circinées et semblent un point d'eczéma séborrhéique, sec. Beaucoup guérissent sans intervention, d'autres non.

Nº 8. — Trichophyton mégalosporon sycosique (Cheval). — La lésion siège rarement au cuir chevelu ; elle se traduit par le kerion celsi, gâteau de dermite en placard large, arrondi, surélevé de 3 millim., exulcéré, suintant, avec vésico-pustules et pustules. Aspect cavitaire de la surface, où il semble que des déchets épithéliaux en amas soient inclus, comme des tannes dans le tégument.

Les poils situés sur ce gâteau sont loin d'être tous malades.

Dans la barbe c'est proprement le sycosis parasitaire, plaque de dermite végétante, d'aspect papillomateux, très suintant et dont l'expression fait sortir du pus. Le tableau est trop connu pour que j'insiste.

Sur la peau, le type est la périfollicullite agminée. C'est un gâteau exulcéré et fongueux avec infiltration tégumentaire profonde, sur lequel, pustules à toutes phases d'évolution; sauf le relief subit et égal de tout son rebord, c'est un aspect anthracoïde.

Nº 2. — Trichophyton mégalosporon dysidrosiforme (Chat?). — Au cuir chevelu (très rare), large placard de 10 centim., extrêmement rapide dans son évolution, aspect d'une brûlure au second degré très régulière, saillie moindre que le précédent pas de vésico-pustules.

Je ne l'ai jamais rencontré dans la barbe.

Sur la peau glabre, il commence comme le précédent par un bourrelet annulaire saillant, très érythémateux; sa caractéristique est une couleur lie de vin. Bientôt à sa surface, éruption généralisée de vésicules contenant un liquide louche, mais non purulent; vésicules toutes égales, infiltration profonde du tégument.

N° 5. — Trichophyton mégalosporon du chien (n° 1). — Sur la peau glabre, placard sous-épidermique, laissant l'épiderme intact, très érythémateux, surélevé de 2 millim., rond ou à peine ovale, ni vésicules, ni suintement, la lésion semble intra-dermique.

Les placards peuvent s'agminer et leur circonférence est alors polycircinée. Végétation rapide; dans un cas le placard avait atteint en 8 jours sept centimètres de diamètre.

Nº 6. — Trichophyton mégalosporon du chien (nº 2). — Au cuir chevelu petites tonsures régulières, multiples sans infiltrat sous-jacent. Épilation absolue de la surface. Les racines des poils persistent sur place et contiennent le parasite. Sans l'orifice pilaire visible, on dirait une pelade.

La même lésion et le même parasite se sont retrouvés sur le chien, cause de la contagion.

Nº 19. — Trichophyton mégalosporon pseudo-peladique, à spores inégales (Anomacon). — Cuir chevelu: immense plaque à développement très rapide, unique, irrégulière de contours et non circinée. Quelques cheveux fins à la surface. Tous les cheveux malades sont cassés au ras de l'orifice pilaire et se présentent sous l'aspect d'un point noir très gros ressemblant à un comédon.

Trichophyton microsporon. — Dans des cas extrêmement rares (1 pour 100, trich, cutanées) cause la trichophytie cutanée.

CO

(

crit

peti

che

Ra

con

il r

Da

ens

tou

mè

vu

bla

ess

ex

ma

no

no

my

le:

Le

de

ru

de

de

qu

I

F

Cette trichophytie se traduit par 2 circonférences érythémateuses inscrites l'une dans l'autre et concentriques. La lésion débute par un tout petit placard circiné, squameux.

Presque toujours le trichophyton se traduit par la trichophytie du cuir chevelu: plaque primitive ne dépassant guère 4, 5 centim. de diamètre. Rarement plus de 3 plaques isolées de cette dimension. Inoculations secondaires multiples au cuir chevelu. Toutes les plaques sont rondes.

Le cheveu malade est grêle; il dépasse l'épiderme de 3-5 millimètres; il ne se contourne pas au niveau de l'orifice épidermique du follicule. Dans l'épilation, la pince en saisit toujours un grand nombre. Épilés ensemble, ils demeurent tous pris dans une squame grasse qui les relie, tous parallèles. Leur portion radiculaire est blanche, cassée à trois millimètres au-dessous de l'émergence du poil.

A part ces types nettement définis, qu'on peut reconnaître à première vue, toutes les autres espèces trichophytiques ont des lésions trop semblables ou du moins trep proches les unes des autres pour que nous en essayons une description. Nous pourrions la faire pour chacune en suivant exactement la description écrite par nous au moment de l'examen du malade. Mais ces caractères ne sont pas assez « différentiels » pour que nous puissions affirmer reconnaître par eux dans la suite, le parasite que nous en avons extrait, c'est la déclarer jusqu'à nouvel ordre inutile.

# II. - Caractères spéciaux à l'examen microscopique.

Nºº 9, 13, 14, 15, 16, 17, 18. — Trichophyton mégalosporon. — Dans le cheveu nombreuses files de spores (de 7-8 μ) régulières, contenues dans un mycélium parfaitement visible, filaments parallèles entre eux et au grand axe du cheveu. Ne dépassent pas l'enveloppe cuticulaire du cheveu.

Dans la peau, mêmes filaments beaucoup moins longs (parce qu'ils se brisent) ordinairement moins régulièrement sporulés (Voir Pl. II fig. 2 du les memoire).

N°8.—Trichophyton mégalosporon sycosique (Cheval).— Dans le cheveu. Le cheveu n'est jamais envahi complètement. Le plus souvent c'est autour de la racine que le parasite se retrouve, filaments mycéliens septés, sporulés, beaucoup moins régulièrement parallèles au cheveu que le précédent; souvent courbes qui amènent un filament à devenir perpendiculaire à la direction du cheveu. Spores un peu plus grosses que les précédentes (8-9 u).

Trousseaux mycéliens nombreux, très fournis; dans l'épaisseur de l'épiderme, aspect de végétation très active.

Nº 2.— Trichophyton mégalosporon dysidrosiforme. (Chat?) — Les plus grandes ressemblances avec le précédent. La différenciation microscopique est plus difficile que la différenciation à l'œil nu des deux lésions.

Nº 19. — Trichophyton mégalosporon à spores inégales (Anomacon). — Le cheveu dissocié par la potasse montre les files de spores faciles à rompre et les spores presque toutes isolées, un mycélium peu apparent, invisible, presque partout et de place en place des spores énormes, 10-11  $\mu$ , irrégulières de forme et à double contour.

Trichophyton microsporon. — Dans le cheveu. La totalité du cheveu est occupée par des amas innombrables et irréguliers de spores de 3 µ de diamètre à peu près rondes ayant peu d'attache les unes aux autres et nullement contenues d'une façon visible dans un mycélium continu.

Non seulement le cheveu est pris dans sa totalité, mais le cheveu est engainé d'un véritable étui des mêmes spores contiguës. (Voir pl. II, fig. I du 1er mémoire.)

Dans l'épiderme, les formes parasitaires, examinées d'ailleurs dans le seul cas que nous en ayons vu, ne nous ont pas donné d'aspect caractéristique que nous puissions affirmer.

Pour les autres espèces, bien que pour plusieurs nous ayons des indices très sérieux et presque des certitudes d'arriver à les différencier au microscope (au moins dans les lésions du poil), nous ne saurions aujourd'hui donner des caractères de différenciation valables,

### III. — Cultures sur gélose au moût de bière simple ou dédoublé.

### ENSEMENCEMENT EN PIQURE A LA SURFACE

No 1. — Centre hémisphérique duveteux, blanc pur, gros comme une lentille, entouré d'un large placard poudreux, brun pâle rayonné à l'infini. Les rayons immergés minces et très longs sont dessinés en surface par un rais de poudre brun pâle. La poudre est épaisse, plâtreuse ; face dorsale brun foncé, radiée.

N° 2. (Chat?) — Disque duveteux à duvet très court et très tassé, épais d'un millimètre environ. Fins et longs rayons périphériques marqués en surface d'une très fine poussière blanche.

Face dorsale: centre tigré de minuscules taches brunes; tache brune moins foncée à la périphérie.

Nº 3. (Porc?) — Très petites étoiles, multiples, couvertes de poudre blanche très fine, 4 centimètres, se craquèle en vieillissant. Périphérie marquée de très fins rayons arborescents dessinés en surface par la même poussière.

Face dorsale brune.

Nº 4. (Coq.) — Très caractéristique, surface pelucheuse très rase, sur laquelle à partir du centre se prononce une teinte rose qui gagne peu à peu la totalité du mycélium aérien.

Le mycélium immergé est d'une teinte rouge violet framboise.

La face dorsale de la culture d'un violet très sombre.

N° 5. (Chien n° 1.) — Très caractéristique, ressemble grossièrement à la pointe des fruits du cyprès.

La colonie est ronde, à centre acuminé, d'où partent des rayons qui se

CO

cre

vio

I

1

1

en

sui

tur

aré

pér

1

fac

pa

cer

ris

de

ph

bo

om

riq

su

cla

ou

re

tou

creusent et s'élargissent vers la périphérie. Le tout est d'un noir un peu violet. A la longue il se produit en surface un léger et court duvet blan-

châtre qui ne masque pas la coloration de la profondeur.

Autour de la plaque saillante, rayons périphériques immergés très longs, touffus à leur base, arborescents à leur pointe, marqués en surface à leur base par un duvet blanc encore plus rare que sur l'aréole centrale.

Face dorsale: tache centrale, violet noir.

Nº6. (Chien nº2.) — Culture extrêmement active. Tache de duvet blanc qui en quelques jours se couvre de poudre brun clair, opaque.

Sur cette couche poudreuse il se produit une nouvelle pousse de duvet (germination seconde des spores produites).

La culture revêt toute la surface du milieu et même très légèrement la surface du verre voisin.

Face dorsale: tache brune centrale.

Nº 7. -

Nº 8. (Cheval.) - Culture ressemblant presque à s'y méprendre à la culture du nº 1. Masse centrale de duvet blanc, grosse comme une lentille, aréole irrégulière de poudre brun clair, sur un duvet assez visible, rayons périphériques immergés, très longs et très grêles, couverts en surface de poudre brun clair.

Face dorsale: tache brun foncé.

Nº 9. - Centre occupé par une tache de poudre brune, sans relief sur le milieu. A la périphérie rayons immergés arborescents, accusés à la surface par un fin réticulum de poudre brun clair.

Face dorsale : tache brun foncé centrale.

Nº 10. - Très analogue à la précédente. Elle s'en distingue seulement par un relief un peu plus accusé de la partie centrale poudreuse.

Nº 11. - Sur le moût de bière gélosé. Relief très accusé en bouton du centre de la culture. Sur moût de bière gélosé, simple au contraire, simple couche poudreuse très mince en surface. Sa répartition dessine des arborisations en feuille de fougère marquées aussi à la périphérie, à l'extrémité de rayons arborescents.

Nº 12. - Relief peu accusé du centre, poudre brune, arborisations péri ·

phériques très marquées.

Les rayons périphériques sont renflés en massue à leur extrémité et arborisés, ressemblant à un brin de mousse.

Nº 13. - Centre en forme de dôme régulier assez petit et peu saillant, ombiliqué avec petite pointe saillante au centre de l'ombilic.

Aréole poudreuse autour de ce mamelon central, puis rayons périphériques très tassés.

La couleur de la poudre est moins brune que pour les cultures précédentes.

Nº 14. - Médaillon peu saillant, un peu ombiliqué au centre, bords surélevés, rayons arborescents comme ceux du nº 12, ont l'air moussus.

Nº 15. - Centre en dôme saillant, cerclé d'un sillon creux. Poudre brun clair. Rayons arborescents moussus.

Nº 16. - Petite aréole brun jaune centrée d'un ombilic saillant, deux ou trois rangs de rayons radiés, touffus, immergés, faisant par transparence une auréole triple à la culture.

Face dorsale : centre brun, lisérés concentriques foncés.

Nº 17. — Centre saillant en dôme quelquefois craquelé, poussière brun un peu rose rappelant la couleur chair. Rayons périphériques rappelant ceux des cultures précédentes.

Nº 18. — Culture en dôme plus acuminé qu'arrondi, centre gris, à aréole rousse. Contour du dôme gris blanc. Périphérie de rayons arborescents à peine marqués en surface, dissémination des spores et cultures secondaires assez fréquentes.

Nº 19. — Culture montueuse d'un gris roux, avec rayons creusés par la périphérie. Rayons arborescents.

Trichophyton microsporon. — Centre en touffes de duvet permanent d'un blanc pur.

Peu à peu le milieu est envahi de mycélium profond ressemblant aussi à de la mousse immergée. En surface, duvet plus rare, quelquefois disposé en cercles concentriques.

# IV. - Gélose mannitée : Mannite, 2 gr.; peptone, 0,50.

### ENSEMENCEMENT PAR PIQURE EN SURFACE

N° 1. — Épais gazon ressemblant à de la ouate, couvrant toute la surface du milieu. La couleur est d'un blanc un peu sale. Il existe un ombilic central, saillant, large, arrondi, de même aspect.

Sur le pourtour, on voit les rayons arborescents caractéristiques du groupe sur d'autres milieux, comme le moût de bière gélosé.

La face dorsale de la culture est d'un jaune brun pâle.

Nº 2. (Chat?) — Épais gazon du blanc le plus pur, semblable à de la ouate hydrophile; le centre est d'un blanc un peu moins pur. Le pourtour marqué de rayons arborescents visibles au sommet du tube où le milieu s'est desséché.

La face dorsale de la culture est marquée par une coloration brun rouge violâtre peu foncé, décroissant du centre à la périphérie.

No 3. (Porc?) — Culture à centre saillant duveteux blanc pur. Aréole moyenne poudreuse d'un vert d'eau très pâle. Aréole excentrique duveteuse blanc pur.

La face dorsale est d'un vert d'eau pâle.

Nº 4. (Coq?) - Culture moins active que les précédentes.

Très petit ombillic saillant duveteux blanc pur. 1<sup>re</sup> aréole blanche compacte, 2<sup>e</sup> blanche rayonnée, 3<sup>e</sup> violet lilas, 4<sup>e</sup> contenue dans l'épaisseur du milieu, incolore.

A la face dorsale, ombilic noir et 1º0 aréole d'un noir violet, 2º jaune, 3º violet foncé, 4º incolore.

Nº 5. (Chien?) — Culture également moins active que les deux premières, sans ombilic saillant ou creux, aréole unique de duvet blanc pur, liséré violet rouge périphérique dépassé par des rayons arborescents touffus compris dans l'épaisseur du milieu.

Face dorsale, ombilic foncé, teinte jaune généralisée. Liséré périphérique lie de vin.

COL

N

floc

la

res

spo

F

arr

dét

Au

lore

ten F

con

alo:

sau app

siè

sar

ma

A

ma

po

tip

en

me

dr

As

pe

en

m

Nº 6. (Chien?) — Culture excessivement active au début, duvet blanc floconneux, qui se recouvre promptement d'une poussière plâtreuse d'un brun très accusé. Puis survient une nouvelle pousse de duvet recouvrant la première poussière. Elle devient poudreuse à son tour. Rayons arborescents bruns périphériques. Grande tendance à la dissémination des spores.

Face dorsale : tache violàtre centrale, aréole laiteuse, liséré violàtre péri-

phérique ponctué de taches blanches.

No 7. (Vache?). — Ombilic un peu déprimé au centre d'un bourrelet arrondi, rappelant la face supérieure d'une pomme dont la queue serait détachée. Couleur blanc sale, apparence d'un duvet saupoudré de plâtre. Au pourtour, nuages irréguliers en partie immergés dans le milieu et incolores ou bien saillants et alors recouverts de poussière blanche. Grande tendance à la dissémination des spores.

Ressemblance extrême avec le type suivant dont il se distingue par le

contour irrégulier de sa périphérie et par sa face dorsale.

Face dorsale incolore, sauf dans les places où le milieu tend à sécher, alors tache vermillon.

Nº 8. (Cheval?). — Masse centrale saillante ayant l'apparence d'un duvet saupoudré de plâtre, grosse comme une petite lentille. Aréole de même apparence mais d'un brun léger.

Périphérie en rayons très accusés, chacun saupoudré de la même poussière plâtreuse blanche.

Face dorsale. Centre jaune liséré de violet, aréole rose violâtre décroissant vers la périphérie, aréole périphérique vert d'eau très pâle.

Nº 9. — Ombilic central seul saillant, peu de mycélium aérien, aréole mal délimitée, poudreuse et comme réticulée, liséré faiblement duveteux. A la périphérie, mycélium profond en touffe, sans rayons arborescents.

Face dorsale, jaune d'or, clair, où le centre et le liséré duveteux sont marqués en jaune plus foncé.

Nº 10. - Non cultivée sur ce milieu.

Nº 11. — Ombilic seul saillant, poudreux, cerclé d'une courte aréole poudreuse d'un blanc sale. Autour de celle-ci, tendance à des cercles multiples dont les plus excentriques sont les plus marqués, à peine poudreux en surface. Périphérie de rayons non arborescents, touffus, immergés.

Face dorsale, point central roux, dont la couleur décroît progressive-

ment jusqu'au jaune d'or pâle.

XUM

Nº 12. — Ombilic saillant, poudreux brun très pâle, cerclé d'une aréole de même couleur, courte, très opaque, espace presque clair, à peine poudreux, puis cercle poudreux blanc très accusé. Périphérie marquée par des rayons touffus à leur base, arborescents à leur extrémité.

Face dorsale: ombilic violet, aréole jaune d'or, périphérie jaune crème. Nº 13. — Ombilic saillant sur un mamelon plat régulièrement arrondi. Aspect lanugineux à duvet poudreux très court. Couleur blanche un peu teintée de brun très pâle. Périphérie irrégulière, lanugineuse, blanche en surface, dépassée par un court mycélium immergé.

Face dorsale, tache brun violàtre, tendances à lisérés concentriques de même couleur, décroissant d'intensité vers la périphérie.

Nº 14. — Ombilic à peine saillant, aréole poudreuse blanc sale, puis rayons en forme de roue réunis à la périphérie par un liséré continu blanc.

Face dorsale, tache violâtre, aréole jaune.

Nº 15. — Ombilic saillant irrégulier, entouré d'un sillon creux ; très courte aréole poudreuse blanche. Large disque périphérique légèrement poudreux et comme réticulé, mycélium immergé périphérique touffu, très court.

Face dorsale. Au centre les creux et les saillies du centre sont marqués par des plis inverses visibles par transparence, teinte générale jaune crème sans tache centrale.

Nº 16. — Ombilic central saillant poudreux, blanc crème. Aréole courte légèrement et régulièrement saillante, mal délimitée au pourtour. De cette aréole comme centre partent des rayons très nombreux divergents, terminés en dehors; par des renflements étoilés, poudreux, formant autour de la culture comme une couronne.

Face dorsale : étroite tache violette centrale. Teinte générale jaune.

Nº 17. — Ombilic saillant en petit bouton, faisant le centre d'une très large aréole. Cette aréole absolument ronde est comme sertie par un rebord régulier un peu saillant. L'ombilic, l'aréole et son rebord sont poudreux et de couleur crème.

Au pourtour de cette aréole existe un liséré vide traversé par des rayons sortis de l'aréole centrale et qui en s'épanouissant en dehors forment un deuxième liséré poudreux blanc, beaucoup moins régulier que le premier et formé de touffes réunies par leurs bords.

Culture très difficile à décrire et très frappante à l'examen. Aspect général d'une couronne ou d'une roue à centre très large, à rayons très courts.

De très petites différences séparent entre elles les très nombreuses cultures que nous avons de ce type, qui pourra dans la suite être dédoublé en plusieurs. (Les trois seuls trichophytons mégalosporons rebelles que nous avons rencontrés, présentent des cultures identiques entre elles et se rapportent à ce type; les autres proviennent de trichophyties cutanées.)

Face dorsale : d'un jaune roux marbré de taches plus foncées.

No 18. — Petit ombilic saillant arrondi occupant le centre d'une aréole absolument ronde sertie par un liséré vide très mince; au pourtour, petits rayons courts extrêmement fins et rapprochés.

L'ensemble de la culture est poudreux et d'une couleur brun très pâle. No 19. — Pas d'ombilic marqué. Relief arrondi, saillant, régulier de tout le centre de la culture, continu avec une aréole assez courte. Le tout est poudreux et d'une couleur brun clair un peu rose rappelant la couleur chair. Périphérie à rayons touffus non arborescents, à peine poudreux.

Face dorsale, brun roux.

(Ce type, qui comprend la majorité des trichophytons du cuir chevelu, pourra peut-être être différencié en plusieurs espèces dans la suite : son pronostic est bénin.)

Trichophyton à petites spores. — Petit ombilic saillant à peine duveteux. A son pourtour, aréole un peu duveteuse, puis surface concentrique presque glabre, puis liséré périphérique peu duveteux déchiqueté à son pourtour. C

qu

d'

tit

qu

ré

cil

ce

ac

ur

gâ

på

pâ

ne

q

m

20

ď

Rayons immergés touffus à la périphérie de la culture. Face dorsale : Ombilic violâtre. Le reste est incolore.

### V. - Gélose peptone maltosée: Peptone, 1; maltose, 3 1/2.

Nº 1. — Un peu plus petite et moins active que la culture nº 8, mais qu'il est impossible de différencier sûrement sur ce milieu.

N° 2. (Chat?) — La culture ressemble exactement à une couche de neige étendue sur le milieu, un peu plus épaisse que dans la culture n° 8, d'ailleurs difficile à différencier.

Face dorsale marquée d'une large étoile brun noir présentant une multitude de rayons de même couleur.

No 3. (Porc?) — Mamelon central irrégulier, poudreux blanc pur. La même poudre blanche couvre la culture, mais bien moins abondante que dans les cultures no 2 et no 8, qui sont bien autrement actives.

Face dorsale incolore où se voient en relief les creux de la surface et réciproquement.

Nº 4. (Coq?) — Culture excessivement caractéristique mais très difficile à décrire. Couleur générale violâtre, plus marquée sur les bords, centre à peine duveteux ; le reste de la surface est poudreux.

Le centre de la culture est formé par une très large surface plate, ronde, acuminée légèrement au centre et incisée sur ses bords, ressemblant à un gâteau de pâtisserie dont les parts seraient découpées. Autour de ce gâteau, courte zone poudreuse.

Face dorsale sous le gâteau, violet noir. Liséré périphérique, rouge, violet.

Nº 5. (Chien?) — Régulièrement acuminée depuis les bords jusqu'au centre de la surface, rappelant les étoffes laineuses. Couleur lie de vin très pâle. Bouton central blanc.

Surface dorsale noire incisée profondément, liséré périphérique blanc. N° 6. (Chien?) — Très vivace, surface générale laineuse brun très pâle avec touffes dispersées de duvet blanc (spores nouvelles qui germent à nouveau), bords rayonnés, surface dorsale marquée par une large tache noire étoilée et rayonnée à l'infini.

No 7. (Vache.) - Non essayée sur ce milieu.

Nº 8. (Cheval?) — Culture neigeuse, compacte, couvrant tout le milieu, très épaisse, très vivace, ressemblant beaucoup au nº 2, mais plus active qu'elle, sans rayons neigeux à la périphérie.

Nº 9. (Très spéciale.) — Petit gâteau central avec petit ombilic acuminé, saillant; le tout poudreux, jaune.

Autour du gâteau central : 1er liséré poudreux de même couleur, puis 2º liséré large d'un jaune plus foncé et beaucoup moins poudreux, puis 3º liséré poudreux et rayons périphériques fins.

Tous lisérés très exactement centrés et ronds.

Face dorsale, tache ronde, jaune foncé, périphérie incolore.

Nº 10. — Bouton central acuminé, irrégulier, poudreux, jaune, entouré d'une aréole poudreuse de même couleur dont la poussière décroit de cou-

ANN. DE DERMAT. -- 3º 8iº. T. IV.

leur et d'épaisseur jusqu'à la périphérie. Quelques incisures rayonnées peu marquées; ressemble à la culture n° 11.

Face dorsale, aréole et lisérés successifs plus marqués que dans celle-ci.

Nº 11. — Ombilic acuminé central, poudreux jaune, centrant une même culture poudreuse très mince et sans relief. Coloration rougeâtre sur les bords, rayons périphériques très petits et très touffus.

Face dorsale : tache ronde centrale rousse, aréole d'un roux plus pâle,

liséré blanc périphérique.

Nº 12. — Centre montueux et raviné, cérébriforme, d'où partent en rayons des incisures irrégulières, teinte jaune poudreuse avec teinte rouge violacée sur les bords, rayons périphériques tassés et touffus; très légèrement poudreux en surface.

Face dorsale. Relief correspondant aux incisures de la surface au milieu d'une tache roux sombre.

Nº 13. -- Non essayé sur ce milieu.

Nº 14. — Masse centrale très surélevée ressemblant à un gâteau de patissier mais très irrégulière. Creux central, au milieu duquel est un ombilic irrégulier, saillant.

Le tout est poudreux jaune (aspect de velours), entouré d'une large auréole de rayons déchiquetés, poudreux en surface.

Disposition réticulée de leur poussière superficielle.

Face dorsale, tache centrale rousse avec excavation correspondant à la saillie de l'autre surface.

N° 15. — Très caractéristique, presque plane, discoïde, coupée d'incisures rayonnées, régulières et comme géométriques. Poudreuse blanc crème. Bords moins poudreux.

Face dorsale incolore avec reliefs royonnés correspondant aux incisures de l'autre côté.

Nº 16. — Difficile à décrire. Gâteau large, partagé par 6 incisures régulières entre lesquelles sont des contournements rappelant une étoffe chiffonnée. Peu de relief. Couleur brun pâle assez accusé cependant. A la périphérie du gâteau, rayons courts poudreux (blanc crème) en surface.

Face dorsale, tache brune, liséré blanc.

N° 17. — Masse centrale irrégulièrement acuminée et chiffonnée, aspect d'étoffe couleur brun pâle. Auréole de rayons nombreux, poudreux, déchiquetés sur les bords. Tendance à la dissémination des spores et aux cultures secondaires.

Nº 18. — Très caractéristique. Large gâteau acuminé brun roux, cerclé de lisérés de couleur plus brune, bord blanchâtre.

Nº 19. — Le gâteau est partagé d'incisures rayonnées peu nombreuses. Le gâteau est solitaire, sans rayons périphériques.

Face dorsale couleur brune avec excavation correspondant au gâteau. Petit gâteau acuminé, de forme semblable au précédent incisures rayonnées et incisures en cercles concentriques. Couleur brun pâle un peu verdâtre. Liséré blanc au bord du gâteau. Aucun rayon périphérique.

Face dorsale brune avec excavation comme le nº précédent.

Trichophyton à petites spores. — Surface duveteuse avec ombilic central également duveteux. Le duvet est de direction rayonnée très peu épais. Face dorsale incolore.

C

p

d

n

d

q

bi

bl

#### VI. - Pommes de terre.

#### ENSEMENCEMENT EN STRIE

Nº 1. — Ligne centrale assez large, d'un brun clair, liséré périphérique blanc, non déchiqueté.

N° 2. (Chat.) — Large ligne centrale occupée par un duvet court tassé, d'un blanc de neige, relief de 2 millim. environ, mamelonnaire.

En vieillissant cette surface devient craquelée. Les craquelures sont jaunes. Liséré périphérique poudreux blanc.

No 3. (Porc?) — Large ligne centrale occupée par un duvet très blanc moins court que le précédent et beaucoup plus mamelonnaire. Très large liséré poudreux blanc irrégulier.

En séchant la culture se couvre de très fines craquelures.

Nº 4. (Coq.) — Sur la ligne d'ensemencement, éminences violet grisâtre mamelonnées, à sommet acuminé, liséré plus pâle gris argenté périphérique.

No 5. (Chien no 1.) — Culture blanche craquelée, couverte d'éminences vermiculaires, contour déchiqueté. Les parties jeunes débutent par une coloration jaunâtre.

Nº 6. (Chien nº 2.) — Large bande brune très peu mamelonnaire et d'aspect lanugineux.

Nº 7. — Large bande plane, d'un gris blanc, bordée d'un liséré surélevé. Contour extrêmement déchiqueté.

Nº 8. (Cheval.) — Bande centrale poudreuse, épaisse, d'un brun très clair, contour blanc déchiqueté, grande ressemblance avec nº 1.

Nº 9. — Culture trop vieille pour être décrite.

No 10. - id. id

Nº11. — Bande centrale couverte d'une très fine poussière grise. Cercle périphérique d'un brun presque noir.

Nº 12. — Large bande de poussière grise très fine, liséré plus fin encore, déchiqueté. Sur la bande centrale, points saillants acuminés.

Nº 13. - Culture trop vieille pour être décrite.

Nº 14. - Apparence identique avec nº 16.

Nº 15.

Nº 16. — Bande centrale très mamelonnaire, d'un brun pâle mais assez marqué.

Liséré finement poudreux de contours très arrêtés.

Nº 17. — Large bande d'un brun jaune assez accusé de contours très déchiquetés. 1er liséré vide, 2e poudreux blanchâtre également très déchiqueté, de contours presque arborescents.

Nº 18. — Ligne centrale surélevée, poudreuse brun clair, liséré étroit brun plus pâle, poudreux, de contours presque réguliers.

Nº 19. — Bande centrale brun clair *très mamelonnaire*. Liséré poudreux à peine marqué.

Petites spores. — Culture lente, Les 15 premiers jours se montre une teinte chocolat, ou sang desséché, sur lequel peu à peu s'accuse un duvet blanc qui se prononce de plus en plus. Le duvet après plusieurs mois brunit très légèrement.

## VII. - Milieu caractéristique pour chaque espèce.

- Nº 1. Gélose mannitée 2 0/0. Peptonisée 0,50 0/0. —
- Nº 2. (Chat?) Gélose lactosée 20/0. Pept. 0,50 0/0. Pomme de terre.
- N° 3. (Porc?) Pomme de terre. Gélose peptonisée 2 0/0; (petites étoiles poudreuses, très superficielles et très nombreuses).
  - Nº 4. (Coq.) Gélose au moût de bière au 1/3.
- N° 5. (Chien n° 1.) Gélose lactosée (aréole jaune serin parfaitement ronde, circonscrite par une large bande pâle, d'aspect humide); au centre, quelquefois petit bouquet duveteux.
  - Nº 6. (Chien nº 2.) Pomme de terre. -
  - Nº 7. (Vache.) Gélose mannitée 2 0/0. Peptonisée 0,50 0/0. —
  - Nº 8. (Cheval.) Pomme de terre. Gélose au moût de bière 1/3.
  - Nº 9. Gélose mannitée 2 0/0. Peptonisée 0,50 0/0.
  - Nº 10. Gélose maltosée 2 0/0. Pept. 0,50 ou bien maltosée 3,50 0/0.
  - Nº 11. Pomme de terre. Gélose maltosée 2,50 0/0. Peptone 2.
  - Nº 12. Pomme de terre. Gélose maltosée 2 0/0. Peptone 0,50 0/0. -
  - Nº 13. Gélose mannitée 2 0/0. Peptone 0,50. -
  - Nº 14. Gélose mannitée 2 0/0. Peptone 0,50. -
  - Nº 15. Gélose maltosée 2 0/0. Peptone 0,50. Mannitée 0,50. -
  - Nº 15. Gélose mannitée 2 0/0. Peptone 0,50. -
  - Nº 17. Gélose mannitée 2 0/0. Peptone 0,50. -
- N° 18. Gélose au moût de bière 1/3. Gélose maltosée 2 0/0, Peptone 0.75.
- Nº 19. Gélose au moût de bière 1/3. Gélose maltosée 2 0/0. Peptone 0,75.
- T. Petites spores. Pomme de terre. Gélose au moût de bière pur, 1/2, 1/3, 1/5.

## VIII. - Nombres de cas de chaque type et localisations.

- No 1 (?) Deux grands placards du tronc: Un exemplaire.
- Nº 2. (Chat?) Trois exemplaires: 1 Trichophytic des cheveux.
- 1 Menton chez une enfant. 1 Dos de la main: adulte femme.
  - Nº 3. (Porc?) Un exemplaire: Partie latérale du médius. Nº 4. (Coq?) — Trichophytie pilaire de la barbe: Un cas.
- Nº 5. (Chien!) Un énorme placard polycirciné de la face interne de la cuisse. Un autre rond à la fesse : Un cas.
  - Nº 6. (Chien?) Teigne tondante à petites tonsures : Un cas. Enfant. Identique chez le chien : Un cas.
- Nº 7. (?) Deux exemplaires : Dos de la main : Un cas. Avant-bras : Un cas.
- Nº 8. (Cheval.) Neuf cas: Cheveux (Kerion Celsi). Main, face palmaire, face dorsale. Avant-bras. Bras. Cou. Barbe, sycosis parasitaire (une contagion familiale).
- Nº 9. Trichophytie pilaire en clairière de la barbe, trichophytie tondante des cheveux (père et enfant) : Deux cas.

(

q

tr

ne

ch

pl

Nº 10. - Trichophytie pilaire de la barbe : Un cas.

Nº 11. - Un cas: Teigne tondante, deux grands placards.

Nº 12. — Un cas : Cercle parfait (joue gauche), eczématisé, sec...

Nº 13. - Un cas: Teigne tondante, à plusieurs grandes plaques.

N° 16. — Trichophytie des cheveux et de la peau. Inoculations fréquentes à la peau. Teigne rebelle : Un cas.

Nº 17. — Deux cas de trichophytie tondante rebelle. Cas multiples de trichophytie cutanée. Contagions familiales nombreuses.

Nº 18. - Teigne tondante et trichophytie cutanée : Un cas.

 $\rm N^{\circ}$  19. — Teignes tondantes bénignes nombreuses. Trichophytie cutanée fréquente. Contagions familiales.

Trichophyton microsporon. — Soixante-douze cas de trichophytie des cheveux dont un grand nombre rebelles. Pas de trichophytie de la barbe.

Deux cas de petits placards cutanés, guérissant seuls.

Un cas de trichophytie cutanée à double cercle érythémateux parfaits. Deux placards semblables, enfant. Peut-être espèce spéciale de trichophyton microspron.

# CONTRIBUTION A L'ÉTUDE DES DERMATOSES D'ORIGINE ARSENICALE

Par le Dr C. Rasch (de Copenhague).

. Tout bon ouvrage de toxicologie enseigne, que l'arsenic, pris à l'intérieur, peut être la cause de dermatoses « vésiculeuses, eczémateuses, pustuleuses, etc., » mais il est très rare de trouver des observations exactes, concernant les affections de cet ordre, et elles sont peu connues de beaucoup des praticiens modernes, même des dermatologistes de profession. Ces derniers gardent parfois un silence obstiné quant aux dermatoses d'origine arsenicale; la preuve en est, que M. Kaposi ne les mentionne que d'un seul mot dans son grand traité; cet auteur pense même (1892), qu'il n'existe pas de zoster d'origine arsenicale.

Dans d'autres traités généraux (ceux de M. Brocq et de M. Lesser) est relaté très succinctement, que l'arsenic peut être la cause de dermatoses d'aspect varié, et dans les annales scientifiques des deux ou trois dernières années on trouve quelques observations de dermatoses d'origine arsenicale, toutes concernant une des trois formes suivantes : le zoster, la kératose palmaire et plantaire et la mélanodermie d'origine arsenicale. En revanche on ne trouve pas dans la littérature contemporaine des faits regardant les autres formes de dermatoses, dont l'arsenic peut être la cause, et les relations d'éruptions arsenicales, consignées dans la littérature toxicologique un peu plus ancienne semblent presque être oubliées. En somme, ces affections sont peu connues en ce moment; par conséquent, nous espérons que les deux cas suivants, qu'il nous a été donné d'observer au cours des derniers mois, mériteront d'être publiés. A notre avis ils n'ont pas seulement l'intérêt de la rareté, mais, ce qui nous paraît être bien plus important, ils pourront peut-être contribuer un peu à ébranler la confiance sans bornes et assez peu méritée, dont jouit en ce moment l'arsenic comme moyen thérapeutique, surtout dans les maladies de la peau. Reste à savoir si l'étude des dermatoses d'origine arsenicale pourrait contribuer à éclaircir quelques points encore obscurs de l'étiologie de certaines affections cutanées, ce que nous pensons entrevoir d'une manière encore assez vague.

Nous avons recueilli le premier des deux cas suivants au service

vot

cas

le l

1er Z

L

giq

téc

me

car

tion

gea

mai

mai

un

(ob

que

aux

fine

d'éj

cils

jam

Elle

vrie

l'ar

d'ac

hau

fut

mal

vési elle

E

d'ur

de l

L

RASCH 151

dermatologique du Kommune-hospital de Copenhague; nous remercions le chef dudit service, notre cher maître M. Haslund, d'avoir bien voulu nous permettre de publier ce cas important. Quant au second cas, nous l'avons observé en ville avec notre excellent collègue et ami, le Dr Djoerup; nous le remercions de nous avoir montré ce cas assez rare.

1º CAS. — Dermatite généralisée rouge. Traitement arsenical prolongé. Zoster gangreneux, éruption généralisée de pustules ecthymateuses, se transformant rapidement en ulcérations taillées à pic, laissant des cicarrices pigmentées; kératose chagrinée palmaire des deux mains; symptômes gastriques et nerveux d'arsenicisme chronique.

La malade, une dame âgée de 63 ans, est entrée au service dermatologique du Kommune-hospital de Copenhague, le 6 février 1892. Pas d'antécédents héréditaires. Ayant toujours joui d'une bonne santé, elle eut l'influenza au commencement de l'année 1890. N'ayant pris aucun médicament, elle fut atteinte peu de temps après d'une affection de la peau, caractérisée par des plaques rouges aux tempes et derrière les oreilles. Elle fut traitée en ville (gouttes arsenicales, onguents divers), mais l'affection s'étendait sur presque la totalité de la peau. Il y avait des démangeaisons intenses, troublant le sommeil. En plusieurs endroits, suinement, mais toujours après traitement. Une fois, il y avait alopécie complète, mais passagère. L'affection ayant duré quelques mois, il y aurait eu une desquamation intense. En même temps, œdème des jambes, de la fièvre et un amaigrissement notable.

Le 8 novembre 1890, on décrit l'état de la peau de la manière suivante (observation prise au même service, où elle fut traitée alors pendant quelques mois): Rougeur généralisée de la peau, moins intense aux mains et aux pieds qu'au reste du corps; le cuir chevelu et la face sont couverts de fines écailles, mais partout ailleurs la desquamation est minime. Très peu

d'épaississement de la peau, qui n'est suintante nulle part.

Les cheveux sont très rares, avec des plaques tout à fait chauves. Les cils et les sourcils très éclaircis. Alopécie presque complète des régions axillaires et du pubis. Les ongles ne présentent rien d'anormal, n'ont jamais été malades. La paume des mains et la plante des pieds intactes. Elle fut traitée par divers topiques et par l'arsenic, et sortit le 27 février 1891, un peu améliorée; après, elle continuait le traitement par l'arsenic, prenant au cours d'une année entière 9 pilules (à 1 milligramme d'acide arsénieux) chaque jour, puis rentra au service, comme est dit plus haut, le 6 février 1892. Une quinzaine avant l'entrée à l'hôpital, la malade fut prise de douleurs au côté droit du thorax, accompagnées de fièvre et mal de tête; peu de temps après se montrait un zoster pectoral, dont les vésicules se transformèrent rapidement en de petites ulcérations. Puis elle eut une éruption généralisée de pustules croûteuses.

Etat, le jour de l'admission (le 6 février 1892). La malade est maigre, d'un aspect chétif, maladif et sénile. Abattement, mal de tête, sécheresse de la bouche, anorexie, insomnie. Langue sèche et fissurée. Un peu de

rougeur et de sécrétion muqueuse au pharynx. Température 37°,4. L'urine est acide, ne renferme pas d'albumine. Hémoglobine 85 (Fleischl) = 12,75 0/0.

Au niveau de la 9e et de la 10e côte et recouvrant le 10e espace intercostal, se trouve une vaste ulcération, large de 4 à 8 centim., allongée dans le sens transversal et s'étendant de la ligne médiane antérieure jusqu'au rachis. Le fond est criblé, les bords sont circinés, l'ulcère résultant manifestement de la confluence de plusieurs petits ulcères. Des croûtes noires gangreneuses en recouvrent la plus grande partie, d'autres parties sont couvertes d'une sécrétion purulente et fétide. Le tout est entouré d'une bordure rouge de peau hyperhémiée; grande sensibilité. Éruption généralisée de croûtes épaisses, noirâtres, jaunâtres ou grisâtres. recouvrant des ulcérations plates, entourées d'une bordure rouge. La grandeur en varie de celle d'un pois jusqu'à celle d'une pièce de 50 centimes, et un peu plus. On voit encore une multitude de taches pigmentées et hémorrhagiques, de grandeur différente, mais généralement plus petites que les croûtes. On trouve aussi des pustules de provenance récente parmi les croûtes et les ulcérations. En quelques endroits où les croûtes sont tombées se trouvent des petites ulcérations rondes, taillées à pic, à fond rouge. L'affection est presque généralisée; le nombre des croûtes est cependant plus grand au tronc qu'aux extrémités, allant en diminuant du centre à la périphérie. Au cuir chevelu quelques croûtes épaisses et une desquamation fine, intense.

L'épiderme de la paume des deux mains est épaissi dans son entier, d'aspect finement verruqueux ou chagriné. La couleur en est gris brun, la surface comme poussièreuse. Pas de bordure érythémateuse. Les ongles sont sains. Pas d'affection semblable aux pieds. La malade dit qu'elle s'est aperçue de cette altération de la peau des mains depuis quelques semaines seulement.

Les croûtes tombent, et les ulcères guérissent lentement. (Elle a cessé de son propre mouvement le traitement arsenical et on lui a prescrit des cataplasmes boriqués, de la morphine et du sulfate de quinine.) Du 1er mars au 12 mars, plusieurs petites hématémèses; la malade n'a jamais offert de signes d'ulcère d'estomac ou d'autre lésion gastrique. 11 mars: toutes les ulcérations ont guéri, laissant des cicatrices pigmentées. Comme elle se plaignait toujours d'un grand abattement, on lui prescrit une préparation de fer, après quoi elle eut une diarrhée violente, durant treize jours, quoi-qu'on fit suspendre aussitôt le fer. 30 avril: les forces augmentent un peu; après une fine desquamation l'épiderme de la paume des mains est à présent lisse. Exeat.

Je l'ai vue deux mois après, elle se plaignait toujours d'une faiblesse extrême. C'est à peine si elle peut se traîner d'une chambre à l'autre; il lui est absolument impossible de monter au premier étage. Elle est souvent prise de douleurs à l'épigastre; elle souffre presque continuellement de douleurs et d'une sensation de paralysie de la jambe droite, où on trouve de l'anesthésie douloureuse.

Nous avons donc affaire à une vieille dame, atteinte il y a deux ans

d'un men éryt ques (arse l'ars est a tulo d'un disp

ter. lait lade rapp deric Laise de la laise de laise de la laise de laise de la laise de laise de laise de laise de laise de la laise de laise de lais

de I des orte les d du p dant abor énor

de l'

vent

autr senimair E

D

1851, (2) ports (3) trines d'une affection cutanée, dont la nature originaire se laisse difficilement déterminer aujourd'hui. La maladie évolue insensiblement en une érythrodermie presque généralisée, traitée par de l'arsenic et des topiques divers. Il y a une année, l'état de la peau est beaucoup amélioré (arsenic, goudron, d'autres topiques); elle continue le traitement par l'arsenic, prend neuf pilules par jour pendant une année entière, puis est atteinte d'un zoster gangreneux, d'une éruption généralisée pustulo-ulcéro-croûteuse, se terminant par des cicatrices pigmentées, et d'une kératose palmaire symétrique. Tous les symptômes cutanés disparaissent après la cessation de l'arsenic au cours de trois mois (traitement indifférent).

Au commencement on hésitait quelque peu sur le diagnostic à porter. L'éruption généralisée hémorrhagique pustulo-ulcéreuse rappelait beaucoup une syphilide grave, mais rien dans l'histoire de la malade ne parlait en faveur de ce diagnostic. C'était la kératose palmaire rapprochée du zoster qui nous engageait à porter le diagnostic de dermatose arsenicale.

Le premier qui ait signalé l'existence des affections palmaires d'origine arsenicale, est Romberg, qui déjà en 1851 écrit, qu'il avait vu assez souvent une exfoliation de l'épiderme de la paume des mains et de la plante des pieds sans épaississement chez des malades ayant pris de l'arsenic à l'intérieur (1). Des cas semblables ont été observés souvent par M. Lesser, de Leipzig (communication par écrit).

M. Prosper Barthélemy, dans sa relation (2) de l'épidémie terrible de Hyères en 1887, fait mention d'un cas où l'épiderme de la plante des pieds devenait sec, dur, corné, surtout aux talons et à la pulpe des orteils, où il acquit une épaisseur assez grande, en débordant un peu les ongles et en faisant comme un bourrelet sur toute la circonférence du pied. Ces parties furent bientôt le siège d'une desquamation abondante, se faisant sous forme de larges lamelles. Elle était tellement abondante que l'on pouvait retirer chaque jour, par le grattage, une énorme quantité de squames lamelleuses.

Dans une lecture sur les rapports des maladies de la peau et les autres maladies, M. J. Hutchinson fait mention de trois cas, où l'arsenic semble avoir donné lieu à une lésion cornée des paumes des mains (3).

Enfin en l'année 1891 parurent trois observations de cas de ce genre,

<sup>(1)</sup> HENOCH et ROMBERG. Klinische Wahrnehmungen u. Beobachtungen. Berlin, 1851, p. 228.

<sup>(2)</sup> BARTHÉLEMY (Prosper). De l'empoisonnement chronique par l'arsenic, ses rapports avec les épidémies d'acrodynie. Thèse de Montpellier, 1889.

<sup>(3)</sup> Huchinson. An address on the study of skin diseases as illustrating the doctines of general pathology. Brit. med. Journ., 1887.

toutes dues aux dermatologistes anglais. Le premier de ces cas est rapporté par Brooke (1).

Il s'agissait dans ce cas d'une dame âgée de 50 ans, qui à la suite d'un traitement arsenical d'une durée assez longue (elle avait un lichen planus) fut atteinte d'un épaississement notable de l'épiderme des paumes des deux mains, devenant semblables à celles d'un homme de peine. L'affection avait durée douze ans, était généralisée, à surface égale. Pas de fissures, pas de bordure rouge. (Le cas se trouve analysé dans ce recueil, 1891, p. 432.)

Le second cas est communiqué par M. Radcliffe Crocker dans le même journal (2). La malade était une dame âgée de 56 ans, atteinte de pemphigus et traitée par de l'arsenic, dont les paumes des mains et les plantes des pieds présentaient un épaississement épidermique considérable. L'affection avait envahi ces régions dans leur totalité; la couleur de l'épiderme kératosé était jaunâtre (pour plus de détails, voir ce recueil 1892, p. 441). Cependant l'auteur ne pense pas, que la lésion de cette malade est due à l'arsenic, parce qu'elle était diffuse, non commençant par des plaques isolées autour des orifices des glandes sudoripares (signes donnés comme pathognomoniques pour la kératose arsenicale par M. Hutchinson).

M. Crocker croit quelle est due uniquement à l'hyperhidrose. A notre avis on pourrait expliquer la chose de la manière suivante: L'hyperhidrose comme telle n'étant pas fatalement suivie de kératose (il y a tant de gens souffrant d'hyperhidrose et n'ayant pas, heureusement, de la kératose) n'en est assurément pas la cause. Il faut quelque chose de plus. Des observations cliniques semblent indiquer, que l'arsenic peut jouer ici le rôle d'agent provocateur. Chez les personnes soumises au traitement arsenical l'hyperhidrose est très vraisemblablement la cause d'une sécrétion surabondante de l'arsenic aux endroits qui sont la siège de la sécrétion excessive sudorale.

C'est une notion acquise depuis longtemps (Chatin) que l'arsenic est sécrété par et dans la peau; plus sont actives les fonctions de celleci, d'une manière plus intense se fera cette sécrétion et plus grandes seront les lésions produites par le poison chez les sujets prédisposés.

M. Brocq, qui a analysé l'observation de M. Crocker (loc. cit.), pense qu'il s'agit d'un cas de maladie de Duhring avec hyperkératose palmaire, ayant vu des cas de ce genre.

Comme cependant cette maladie est très souvent soumise au traitement arsenical (voir Brocq. Traitement des maladies de la peau,

men:

Brit.

(2)

p. 132

et av

des d

il se I

gine

jama

vatio

Pring

d'un

de po

arser

que l

jusqu

rente

était

un éj

Elle

d'éry

l'émi

cas f

Lond

de ke

mois

s'em

naire

autre

savo

un c

logis

mair

Er

Le

BROOKE. Notes on some keratoses of palms and soles. Brit. Journ. of Dermatology, janvier 1891 (troisième cas).

<sup>(2)</sup> RADCLIFFE CROCKER, Tylosis palmæ et plantæ, Brit. Journ. of Dermat., juin 1891.

p. 132: « Les médicaments que nous croyons les plus utiles sont d'abord et avant tout l'arséniate de soude, donné progressivement jusqu'à des doses énormes et jusqu'aux limites extrêmes de la tolérance, etc.»), ilse peut très bien, que la kératose de la maladie de Duhring soit d'origine arsenicale. Ce symptôme de la dermatite herpétiforme n'ayant jamais été envisagé à ce point de vue, il faut assurément des observations nouvelles pour élucider ce rapport, purement hypothétique.

Le troisième des trois cas anglais mentionnés est observé par Pringle (1). Il s'agissait d'une jeune fille âgée de vingt ans, atteinte d'un psoriasis, datant de cinq années, traité d'abord par de l'iodure de potassium. Au mois d'octobre 1889 il lui fut prescrit le traitement arsenical (liqueur de Fowler). Au mois d'octobre 1890 on remarqua que l'épiderme des paumes des deux mains et des plantes des pieds, jusqu'ici sain, était épaissi et kératosé en plaques de grandeur différente (d'une tête d'épingle jusqu'à celle d'un pois), de sorte que la peau était d'un aspect chagriné ou verruqueux. En même temps il y avait un épaississement généralisé de l'épiderme des plantes et des paumes. Elle avait toujours souffert d'hyperhidrose locale àces endroits-ci. Pas d'érythème ou d'autres signes d'inflammation. L'affection s'étendait à l'éminence thénar, à l'hypothénar et aux bords latéraux des doigts. Ce cas fut présenté dans une réunion de la Société de dermatologie de Londres, où M. Hutchinson déclara qu'à son avis il s'agissait d'un cas de kératose arsenicale. La malade continua le traitement arsenical un mois à titre d'expérience, mais pendant ce temps la kératose allait en s'empirant. Après la cessation de l'arsenic la maladie restait stationnaire. Dans le mémoire cité, M. Pringle écrit que M. Besnier ayant autrefois douté de l'origine arsenicale de ces affections-ci, lui a fait savoir dans une lettre, qu'il a maintenant changé d'avis, ayant observé un cas de ce genre. Donc le maître entre tous parmi les dermatologistes contemporains admet à présent l'existence de la kératose palmaire d'origine arsenicale, fait digne de remarque.

Enfin M. L. Nielsen (de Copenhague) dans son mémoire sur le psoriasis (2) a décrit un cas où l'épiderme des paumes desdeux mains après un long traitement arsenical devint sec, dur, sans être sensiblement épaissi; il était rude au toucher, d'un aspect terne grisâtre, comme poussiéreux. Cet auteur fait connaître que M. R. Bergh (médecin de l'hôpital des prostituées de Copenhague, dit l'hôpital de l'Ouest) a vu plusieurs fois de tels cas, qu'il n'hésite pas à attribuer au traitement arsenical.

Il semble donc, que l'arsenic pris à l'intérieur peut être la cause de

<sup>(1)</sup> PRINGLE. A case of keratosis of the palms and soles probably of arsenical origin. Brit. Journ. of Dermat., déc. 1891.

<sup>(2)</sup> NIELSEN (L.). Bidrag til Kundskaben om Psoriasis. Kjobenhavn, 1892.

manifestations cutanées palmaires et plantaires d'ordres divers. Tantôt il s'agit d'une exfoliation épidermique sans épaississement, tantôt nous avons affaire à une vraie kératose d'aspect divers, lisse (cas de Prosper Barthélemy), verruqueuse (cas de Pringle), chagrinée (notre cas), passa gère ou persistante, toujours généralisée et symétrique. Quant à notrecas, la lésion des mains rappelait tant l'état décrit par M. Nielsen que la gravure accompagnant le mémoire de M. Crocker; il se distingue de celle-ci par l'épaississement épidermique moindre et lui ressemble par la couleur et par l'extension de l'altération morbide. Ayant été assez heureux pour avoir vu à Londres le cas décrit par M. Pringle, nous sommes en état de soutenirla grande différence existant entre ce cas et le nôtre. Les lésions cornées du cas de M. Pringle étaient beaucoup plus prononcées, et ce cas n'offrait pas le caractère d'égalité de lésions, se trouvant dans notre cas.

Quant au rapport existant entre la kératose et l'empoisonnement arsenical, nous ne croyons pas qu'on puisse en douter dans notre cas. La malade n'avait jamais eu rien de semblable, elle était belet bien intoxiquée par l'arsenic, et la lésion disparut après la cessation de l'arsenic.

Quant au rapport du zoster, observé chez notre malade, à l'arsenicisme, il est impossible de rien affirmer de positif, mais selon toute vraisemblance (vu tous les symptômes concomitants), il a la même origine que la kératose. Après le travail concluant de M. Nielsen (1), il n'est plus permis de douter du fait, que l'administration interne de l'arsenic peut donner naissance à un zoster chez des personnes prédisposées. M. Hutchinson a, le premier (1868), signalé ce rapport, confirmé par une foule d'observateurs (Dyce Duckworth, Finlayson, Winiwarter, White, Bartholow, Sisson, Duffin, Fox, Rollet, L. Nielsen),

Quant à la troisième affection cutanée, dont était atteinte notre malade, cette éruption remarquable pustulo-ulcéreuse presque généralisée, nous serions encore porté à lui donner la même origine qu'aux deux autres, vu l'état généralide la malade, les symptômes concomitants et la marche de la lésion. Nous n'avons cependant pas pu trouver, dans la littérature, des observations tout à fait identiques. Le seul cas, qui ressemble au nôtre, mais qui s'en distingue par la localisation restreinte de la lésion, se trouve relaté dans le livre remarquable de Bazin sur les affections artificielles de la peau, ouvrage un peu négligé des auteurs modernes. Cet auteur illustre écrit (2) : « Dans quelques cas rares, on peut observer, à la suite de l'administration interne de l'arsenic, des éruptions pustuleuses ecthymatiques, furonculaires et ulcéreuses ». L'observation est la suivante :

Sain

nati

lend

mat

de v

de t

du 1

forn Voice

SI

dess

cons

pem

fond

geat

elle

mare s'éte

reste

fiée

ratio

qui :

No

pare

pust

cée;

repo

roug

peut

de fo

un s

et ur

son a

Er

un a

ne so

et el

tique

éphé

pério

la cic

guér

accid

<sup>(1)</sup> NIELSEN (L.). Om Arsenik zoster, Hospitalstidende, 1889, et Monatsheftef. prakt. Dermatologie, 1890.

<sup>(2)</sup> Ouvrage cité, p. 195-197.

RASCII 157

V... (Anna), âgée de dix-sept ans, est entrée le 2 décembre 1861, salle Sainte-Foy, n° 10, service de M. Bazin, pour un eczéma généralisé de nature dartreuse, datant de deux ans. Cette malade fut soumise, dès le lendemain de son entrée, au traitement par l'arsenic : une cuillerée chaque matin d'une solution contenant 0 gr. 05 d'arséniate de soude pour 300 gr. de véhicule. Vers le quinzième jour environ, elle s'aperçut qu'il lui poussait de très petits boutons sur la partie droite de l'hypogastre et sur le flanc du même côté; elle compare ces boutons du début à quelques éléments de formation récente dont le caractère pustuleux est des plus manifestes. Voici d'ailleurs ce que nous constatons aujourd'hui 27 janvier :

Sur la limite qui sépare l'hypogastre du flanc droit immédiatement audessus de l'épine iliaque antéro-supérieure, existe une éruption discrète constituée surtout par des éléments pustuleux à divers degrés de développement. La lésion qui tout d'abord fixe l'attention est une ulcération profonde, arrondie, à bords taillés à pic et légèrement sinueux, à fond rougeâtre et humide; cette ulcération mesure plus d'un centimètre de diamètre; elle donne aux doigts qui la saisissent une sensation de résistance très marquée, due à l'existence d'un engorgement dur, inflammatoire, qui s'étend au-dessous et autour d'elle dans un espace assez considérable. Du reste, l'affection a été, il y a quelques heures à peine, complètement modifiée dans son aspect sous l'influence d'un bain pris par la malade, et l'ulcération était, hier encore, comblée par une croûte dure, noirâtre, épaisse, qui se moulait exactement sur elle.

Non loin de l'ulcération précédente se voient deux larges pustules d'apparence ecthymatique, légèrement exulcérées à leur partie centrale : ces pustules ne sont bien évidemment que la lésion à une période moins avancée; leur saillie est à peine appréciable, mais elles sont, pour ainsi dire, enveloppées par un engorgement dur, profond, douloureux, dont la base repose dans le tissu cellulaire sous-cutané. Leur surface actuellement rouge et humide, était recouverte par une exsudation croûteuse dont on peut deviner les limites à la présence d'un liséré épidermique, blanchâtre, de forme circulaire. Notons encore trois éléments pustuleux isolés, dont un situé sur le flanc droit, un autre sur la cuisse, à sa partie supérieure, et un troisième sur l'hypogastre; ce dernier se rapproche beaucoup, par son aspect et son volume, des lésions dont il nous reste à parler.

En effet, autour et dans l'intervalle des altérations précitées, on aperçoit un assez grand nombre de petites pustules naissantes, dont quelques-unes ne sont encore que de simples papules; la malade en fait remonter l'origine à un ou deux jours; mais, nous dit-elle, leur accroissement est rapide, et elles ne tarderaient pas, en général, à subir la transformation ecthymatique. Chaque élément éruptif n'aurait, d'ailleurs, qu'une durée assez éphémère, et quelques jours lui suffiraient pour parcourir ses diverses périodes, depuis l'état papuleux par lequel il semble commencer jusqu'à la cicatrisation des ulcères qui en constituent le dernier temps. La malade guérit après cessation du traitement.

La lésion, dont il vient d'être question, ressemble beaucoup aux accidents cutanés, décrits par des auteurs français (Blandet (1845),

Chevallier (1847), Follin, Pietra Santa, Vernois et Beaugrand (1859), chez les ouvriers maniant les verts arsenicaux, et dont on trouve une remarquable description dans l'ouvrage cité de Bazin (p. 56-67). Aussi sont-ils peut-être dus à un effet d'absorption, comme pense M. Jaccoud et d'autres, chose encore sujette à discussion.

Le fait, que l'administration interne des préparations arsenicales peut donner lieu à des lésions ulcéreuses de la peau, n'est point connu de la plupart des médecins d'aujourd'hui, la preuve en est qu'on ne discute jamais la possibilité d'une intoxication arsenicale, quand il s'agit d'ulcères d'origine obscure (ulcères trophiques, etc.), soit observés chez des personnes nerveuses (très souvent soumises au traitement arsenical), soit chez des malades atteints de psoriasis et de lichen plan (1) (hors de France toujours soumis à ce traitement).

Enfin ces ulcérations arsenicales sont importantes au point de vue du diagnostic différentiel des syphilides pustulo-ulcéreuses pouvant simuler ces affections-ci, comme il est indiqué par Bazin (ouvrage cité) et par Rathery (2); aussi dans notre cas la ressemblance était telle, qu'on soupçonnait un moment la syphilis.

Seconde observation. — Dermatite bulleuse aiguë généralisée (pemphigus aigu) survenue après l'administration de la liqueur de Fowler.

Un phisique, âgé de 35 ans, soumis pendant deux jours au traitement arsenical (liqueur de Fowler, dont était prescrit la dose de 9 gouttes par jour), fut pris d'une éruption de pemphigus aigu, siégeant aux mains, aux pieds, aux genoux, à la poitrine, au dos et aux parties génitales.

État le 7 juin 1892: Les bulles étaient de grandeur différente, les dimensions variant de celles d'un pois à celles d'un œuf de poule. Elles naissaient toutes de plaques rouges, rondes ou ovalaires, légèrement élevées. Pas d'autres éléments éruptifs. Pas d'affection des muqueuses. Pas de fièvre. Avant cette époque le malade n'avait jamais pris de l'arsenic, et n'avait jamais souffert d'aucune affection de la peau. Traitement: suppression du traitement arsenical, poudre boriquée. 9 juin. Aux fesses et aux bourses l'épiderme s'exfolie sous forme de grands lambeaux; la plupart des bulles des extrémités se sont affaissées; quelques nouvelles se sont montrées, toujours précédées de plaques rouges érythémateuses. Nulle part d'éruption de bulles sur peau blanche. 15 juin. Pas de nouvelle éruption, les bulles aux extrémités sont desséchées; seulement il se trouve encore aux fesses et à la région sacrée des plaques rouges excoriées et suintantes, dont il souffre beaucoup. Quelques semaines plus tard le malade est mort sans avoir eu de nouvelles éruptions.

Cette dermatite érythémato-bulleuse, nous n'hésitons pas à la

n'a

ble

l'a

la

l'a

me

de

de

ch

est

pre

leu

nu

tou

tol

ďu

gu

cui

l'aı

un

d'i

gn

ars

rel

fut

la

pos

abs

cou

(I Ray

(2

<sup>(1)</sup> Voir KAPOSI. Maladies de la peau.

<sup>(2)</sup> RATHERY. Note sur le diagnostic des éruptions arsenicales et des éruptions syphilitiques. Union médicale, 1874, p. 326.

mettre en rapport avec l'administration de l'arsenic, quoique nous n'ayons pas pu faire d'expérience de contrôle à cause de l'état de faiblesse du malade. Celui-ci n'avait jamais eu de tels accidents avant l'administration de l'arsenic, et l'éruption cessa après la cessation de la drogue pour ne pas reparaître.

Des dermatites bulleuses comme symptôme d'une intoxication par l'arsenic ne semblent être observées que fort rarement; j'en ai seulement pu trouver deux cas. Le premier est relaté par Girdlestone, un des premiers médecins qui ont préconisé l'arsenic contre les maladies de la peau. Cet auteur a vu une fois une éruption bulleuse aux fesses chez un psoriatique soumis au traitement arsenical (1). Le second cas est observé par Winiwarter; il s'agissait dans ce cas d'un malade prenant de l'arsenic, qui fut atteint d'une dermatite érythémato-bulleuse aux deux mains (2).

Le fait que l'arsenic peut être la cause d'éruptions bulleuses n'est nullement connu de la plupart des médecins de ces temps-ci. Pour toute preuve lisez le compte rendu de la réunion de la Société de dermatologie de Vienne tenue le 25 novembre 1891 (3). Ce jour-là M. Kaposi présente un malade atteint de lichen plan, ayant été pris soudainement d'une éruption érythémato-bulleuse généralisée, se terminant par guérison au cours d'une dizaine de jours. Le cas est considéré comme unique et orné d'épithètes comme « novum, hochinteressante, unicum », mais personne dans toute l'assemblée ne s'avise de soupconner l'arsenic. Selon l'avis de M. Kaposi le cas était à considérer comme un « Intensitätsteigerungs phänomen » du lichen plan (phénomène d'intensité accrue). Il n'est même pas fait mention du traitement auquel était soumis le malade; mais, comme chacun sait, à Vienne, le diagnostic lichen plan veut dire prescription immédiate de préparations arsenicales. Or, l'on peut être persuadé que le malade en a pris. Naturellement il est impossible pour nous de prouver d'une manière irréfutable que dans ce cas on a eu affaire à une éruption arsenicale, mais la vraisemblance en est grande. Nous estimons qu'on doit discuter la possibilité d'une intoxication arsenicale dans de tels cas, et nous produisons le cas cité comme une preuve éclatante de la confiance trop absolue donnée aujourd'hui à l'arsenic.

#### II

A l'occasion de cet article nous avons entrepris de réunir dans un court aperçu toutes les observations consignées dans la littérature

GIRDLESTONE. London medical and physical Journal, febr. 1806 (cité par Rayer).

<sup>(2)</sup> WINIWARTER. Oesterreich, medicin. Jahrbücher, 1877.

<sup>(3)</sup> Archw. f. Dermatologie und Syphilis, 1892, p. 342, et ce recueil, même année, p. 563,

concernant les formes d'éruptions arsenicales non mentionnées aux pages précédentes. La récolte n'a pas été absolument mauvaise comme quantité, laissant au contraire beaucoup à désirer comme qualité. La raison en est que dans beaucoup de cas les accidents cutanés ont été considérés comme des phénomènes de moindre intérêt, accompagnant des symptômes beaucoup plus graves d'arsenicisme gastrique ou nerveux, qui ont absorbé toute l'attention des observateurs. Néanmoins, par les notes souvent très courtes dont on doit se contenter on acquiert l'impression que l'arsenic dans ses manifestations cutanées se conduit comme un vrai protée. Voici le résultat de nos investigations :

Dans l'intoxication arsenicale, aiguë ou chronique, voulue, accidentelle ou médicamenteuse on a observé les éruptions suivantes :
1) pigmentations ; 2) éruptions érythémateuses et desquamations ; 3) urticaire et ædèmes de la peau et du tissu cellulaire sous-cutané ; 4) éruptions vésiculeuses (zoster) ; 5) éruptions bulleuses ; 6) éruptions papuleuses ; 7) éruptions pustuleuses et ulcéreuses ; 8) purpura ; 9) chute des poils et des ongles ; 10) kératoses. Ayant déjà mentionné les éruptions bulleuses, les éruptions pustulo-ulcéreuses, il nous reste les sept autres catégories.

Pigmentations. — En étudiant les relations de l'acrodynie (1), cette maladie curieuse et de nature tant controversée, sévissant dans quelques quartiers de Paris, de 1828-1830, on est frappé de la concordance presque complète existant entre cette maladie et quelques cas d'empoisonnement chronique par l'arsenic, fait signalé par M. Prosper Barthélemy (ouvrage cité). Dans l'acrodynie, comme dans l'épidémie de Hyères (où 405 personnes furent empoisonnées par l'arsenic) on observait souvent des pigmentations cutanées étendues, principalement au ventre et aux côtés extenseurs des membres. M. Barthélemy décrit cette pigmentation de la manière suivante : « Chez le plus grand nombre des intoxiqués, la peau a revêtu une teinte brune pouvant aller jusqu'au noir; l'épiderme seul paraît coloré; on dirait une couche de crasse plus ou moins épaisse. Après un temps variable, on voit l'épiderme se détacher par plaques; cette desquamation a lieu seulement aux pieds et aux mains. Il nous a été donné de voir un jeune malade, revenu du service militaire au mois de décembre 1887, qui présentait une coloration brune de la peau vraiment remarquable; les deux membres inférieurs, du pli de l'aine jusqu'aux extrémités digitales, étaient absolument noirs.

Comparez la description que donne Alibert de ces malades atteints d'érythème épidémique (l. c.) : « Presque tous les individus qui venaient réclamer nos soins avaient un teint de ramoneur. Certains

D

d

iı

g

<sup>(1)</sup> Voir Alibert, Monographic des dermatoses. Paris, 1832, in-4°, p. 11-13, et RAYER, Maladies de la peau. Paris, 1835, t. II, p. 890.

d'entre eux avaient le corps tellement couleur de suie, que l'illusion était complète; il y avait même des endroits sur la peau qui, moins foncés que les autres, semblaient avoir été essuyés; on eût cru d'abord que ces endroits étaient couverts par des toiles d'araignée. Quand on grattait ces plaques, qui étaient comme terreuses, la cuticule se réduisait en une matière farineuse ».

Kirchgässer dans un mémoire important (1) sur l'intoxication arsenicale chronique causée par les papiers peints relate plusieurs cas de pigmentations en taches brunes sur la face et plus rarement à d'autres endroits. Lescynsky a vu une pigmentation de tout le corps chez un enfant de neuf ans ayant pris de la solution de Fowler (2). Haffter a vu une mélanodermie généralisée sans autres symptômes d'intoxication chez une dame âgée de trente ans, prenant par jour 15 à 30 g. de la solution au cours de 3 à 4 années, et une pigmentation de la face, du cou et du tronc chez une autre dame de trente-cinq ans, atteinte d'un eczéma à la tête et prenant dans quatre mois 12 à 24 gouttes de la même solution par jour (3). Après l'administration de 35 grammes de solution de Fowler au cours de 7 mois Förster a vu une pigmentation du cou, de la poitrine, du ventre et des cuisses (4). Hutchinson a vu une pigmentation presque ressemblant à la maladie bronzée (5). D'autres cas de la même nature sont relatés par Prince Morrow (6). Enfin Manssurow a vu une pigmentation brune de tous les ongles après une médication prolongée arsenicale de sept mois (7).

La connaissance de cette mélanodermie arsenicale nous semble d'un intérêt majeur. Le diagnostic de la maladie d'Addison va devenir plus difficile qu'autrefois, la mélanose arsenicale pouvant simuler cette maladie. A l'avenir on ne pourra dire : « Le diagnostic de la maladie bronzée ne présente aucune difficulté » (Jaccoud, Pathologie interne). La question du diagnostic différentiel peut devenir des plus embarrassantes, vu la concordance presque absolue qui peut exister entre les symptômes généraux de la maladie bronzée et de l'arsenicisme chronique. L'asthénie grave, les névralgies, les symptômes gastriques, tous sont des symptômes qu'on peut rencontrer dans les

<sup>(1)</sup> HIRCHGASSER. Ueber die Vergiftung durch grüne Zimmerfarben, ein Beitrag zur Lehre von der chronischen Arsenikintoxication. Vierteljarschrift f. gerichtl. u. öffentl. Medicin, 1868.

<sup>(2)</sup> LESCYNSKY. Diffused pigmentation produced by the internal use of arsenic New York med. record, 1889.

<sup>(3)</sup> HAFFTER. Pigmentation der Haut nach Arsengebranch Corresp. f. Schweiz, Aerzte, 1889 (R. d. sc. méd.).

<sup>(4)</sup> FOERSTER. Ein Fall von Braunfärbung der Haut nach längeren Arsengebrauch bei Basedowscher Krankheit. Berl. klin. Wochenschr., 1890.

<sup>(5)</sup> HUTCHINSON. Arsenic as a drug. British med. Journal, 1891.

<sup>(6)</sup> PRINCE MORROW. Drug eruptions, New-York, 1887.

<sup>(7)</sup> MANSSUROW. Archives russes de dermatologie, 1890.

deux maladies. Ainsi pour porter le diagnostic de maladie bronzée on doit exclure la possibilité d'une intoxication arsenicale, ce qu'on n'a jamais fait avant ce jour, à ce que nous sachions.

Purement hypothétique mais pas tout à fait privée de fondement est la présomption que quelques cas de prétendue maladie bronzée, où l'examen le plus minutieux des capsules surrénales et des ganglions n'a rien montré de pathologique, aient été des cas d'intoxication arsenicale.

On doit aussi rechercher (et en espèce exclure, si c'est possible) une action arsenicale dans les mélanodermies observées chez les nerveux, chez les malades atteints de la maladie de Graves et chez les tuberculeux, tous individus soumis largement à la médication arsenicale. Même dans les mémoires spéciaux concernant ces affections on ne trouve jamais des renseignements concernant une médication arsenicale antérieure (1).

La forme la plus commune et la seule généralement connue (depuis Devergie) des pigmentations arsenicales sont les taches brunes survenant au niveau des plaques psoriatiques à la suite d'un traitement arsenical longtemps prolongé.

Éruptions érythémateuses et desquamations. — Ces éruptions peuvent se présenter sous forme de taches rubéoliformes, mais cela semble être rare; nous avons seulement trouvé deux relations concernant des cas de cette espèce, l'une chez Christison (2), l'autre chez Macnab (3). Des taches érythémateuses avec desquamation abondante ont été vues dans l'épidémie d'Hyères; dans quelques autres cas observés là, la peau autour des pieds au-dessous des malléoles, sur les articulations des doigts et des orteils, a pris une couleur d'un rose foncé, absolument semblable à la rougeur érythémateuse des engelures (P. Barthélemy, mémoire cité).

D'une importance plus grande sont les érythrodermies généralisées. La première observation d'une dermatite de ce genre que nous avons pu trouver est due à Girdlestone (1806, mémoire cité). Cet auteur écrit: « Après trois doses à huit gouttes chacune (de la solution de Fowler) en vingt-quatre heures le corps entier du malade (atteint de psoriasis) devint d'un rouge d'écrevisse, et le visage offrit l'aspect d'une inflammation érysipélateuse commençante ». Kellie (4) a vu une éruption « érysipélateuse » durant dix jours (5); Spengler, une tl

d

ti

C

tl

le

p

S

n

B

cı

li

di

a

de

Voir: JEANNIN. Des pigmentations cutanées dans la phthisie pulmonaire.
 Thèse de Paris, 1869.

<sup>(2)</sup> Christison. A treatise on poisons, Edinburgh, 1829.

<sup>(3)</sup> MACNAB. Medical Times and Gazette, 1868 (cité par Prince Morrow).

<sup>(4)</sup> V. RAYER. Maladies de la peau, sec. édition, t. I, p. 96. Paris, 1835.

<sup>(5)</sup> KELLIE, Edinburgh medic. Journal, 1888 (cité par Imbert-Gourbeyre, Des suites de l'empoisonnément arsenical. Paris, 1881).

éruption érysipélateuse avec vésicules et croûtes, accompagnée d'ulcérations de la langue (1); une observation d'érythème scarlatiniforme universel avec des vésicules miliaires accompagné de chaleur et de prurit et due à Merbach (2). La rougeur durait cinq à six jours et se termina par une desquamation d'une durée de plus de 6 semaines. Des éruptions de la même nature (érythrodermies généralisées exfoliantes) ont été vues plusieurs fois pendant l'épidémie de Saint-Denis, où 268 personnes ont été intoxiquées par du pain contenant de l'arscnic (3). Des cas du même ordre ont été observés par Pereira, Hyde and Piffard (voir Prince Morrow, loc. cit.).

Nous attirons l'attention des cliniciens sur ces érythrodermies généralisées, survenant au cours de l'intoxication arsenicale. Leur existence ne semble presque pas connue en ce moment-ci. Au moins on ne trouve jamais de renseignements concernant une administration d'arsenic antérieure dans les cas de dermatite exfoliatrice, de l'érythème scarlatiniforme desquamatif, etc. (à dessein nous ne distinguons ici entre les nombreuses formes différentes d'éruptions rouges exfoliantes décrites par les auteurs modernes); et nous n'avons jamais vu discuter la possibilité d'une intoxication arsenicale dans les observations les mieux rédigées de ces affections d'origine souvent tant obscure. Et pourtant, M. Besnier, dans son étude remarquable sur la pathogénie des érythèmes, la meilleure qui ait jamais été faite sur ces lésions-ci comme généralité, n'a pas oublié de faire rentrer l'arsenic parmi les agents toxiques internes pouvant provoquer un érythème scarlatiniforme (4).

Quant aux dermatites rouges exfoliantes en général, les faits suivants tendent à faire soupçonner dans quelques cas une origine arsenicale:

Des érythrodermies exfoliantes graves (l'herpétide exfoliatrice de Bazin) se rencontrent comme terminaison de plusieurs affecțions cutanées différentes, telles que le psoriasis, le pityriasis pilaire, le lichen plan, le pemphigus, l'eczéma. Ce fait bizarre, — cinq maladies différentes évoluant en une seule — s'explique par l'admission d'une action arsenicale chez des individus prédisposés. Une médication arsenicale se faissera démontrer, selon la plus grande vraisemblance, dans la plupart de ces cas.

Les dermatites exfoliantes sont parfois accompagnées d'une série de symptômes se retrouvant également dans l'intoxication arsenicale,

<sup>(1)</sup> SPENGLER. Henkes Zeitschrift, 1848.

<sup>(2)</sup> MERBACH. Vierteljahrssohrift für gerichtliche Medicin ü offentl. Gesundheitspflege, 1875.

<sup>(3) ¡</sup>Voir la thèse de M. Papadakis. Contribution à l'étude de l'intoxication arsenicale aiguë. Paris, 1883.

<sup>(4)</sup> E. Besnier. Pathogénie des érythèmes. Ann. de dermatologie, 1890.

tels que de la fièvre (l'arsenic est, comme d'autres poisons métalliques, parfois pyrogène, quoiqu'on ait soutenu le contraire), de la chute des poîls et des ongles, des bulles pemphigoïdes, des pustules, des furoncles, du prurit, des ulcérations gangréneuses, des paralysies partielles, des paraplégies, des œdèmes sans albuminurie, des ulcérations superficielles de la langue, de la diarrhée alternant avec de la constipation (4).

On a observé un effet aggravant du traitement arsenical dans les dermatites exfoliantes chroniques. Comme toutes les autres maladies chroniques de la peau, ces affections sont souvent traitées par l'arsenic, quoique plusieurs auteurs aient insisté sur l'effet nuisible de cette substance dans lesdites affections. Dernièrement, M. Brocq écrivait: « Quant à l'arsenic, qu'on a beaucoup prescrit dans ces cas. son efficacité est des plus discutables. Il peut donner lieu à des poussées inflammatoires (2) ». L'influence nuisible du traitement arsenical est bien connue dans les dermatites rouges exfoliantes, survenant parfois au cours d'un psoriasis. Une origine arsenicale de ces dermatites est d'ailleurs souvent des plus probables, quoiqu'il soit excessivement rare de trouver ce rapport signalé par les auteurs. M. Nielsen (loc. cit.) communique sous toute réserve un cas, où la dermatite rouge généralisée (psoriasis aigu scarlatiniforme) s'est développée « après » la médication arsenicale. Cependant les faits suivants parlent en faveur d'une origine arsenicale de ces dermatites : Beaucoup des psosiasiques sont des arthritiques; or ces sujets comme règle ne tolèrent pas bien l'arsenic (Bazin, Besnier). Ces dermatites sont fréquentes chez les psoriasiques alcooliques, comme l'a démontré M. Nielsen (loc. cit.), fait s'expliquant par l'élimination défectueuse de l'arsenic chez ces sujets, dont les organes excréteurs sont si souvent entravés dans leurs fonctions (cirrhose, stéatose du foie, néphrite granuleuse). Enfin il semble résulter des observations de cet auteur que les psoriasiques soumis exclusivement à la médication de l'iodure de potassium n'ont pas offert de tels symptômes. Pourtant il convient de faire remarquer que ni les observations de M. Nielsen, ni celles de tous les autres auteurs, qui se sont occupés de ces complications du psoriasis, ne sont rédigées exprès en vue d'élucider ce point spécial. Naturellement nous ne pensons pas que toutes les dermatites rouges d'origine obscure qu'on pourrait rencontrer chez les psoriasiques ou d'autres, soient d'origine arsenicale, la pathogénie de ces érythèmes est, comme chacun sait, beaucoup plus compliquée; nous demandons seulement qu'on discute la possibilité d'une action arsenicale dans ces d

U

ľ

(l

0

X

Broco, Étude critique et clinique sur la dermatite exfoliatrice généralisée.
 Paris, 1883, et Congrès de dermatologie, 1889.

<sup>(2)</sup> Brocq. Traitement des maladies de la peau. Paris, 1890, p. 633.

165

cas-ci, vu le fait prouvé par l'expérience que l'arsenic peut être la cause de tels accidents chez des sujets prédisposés.

Quant aux éruptions urticariennes et aux œdèmes de la peau et du tissu sous-cutané, ils semblent être de toutes les plus fréquentes parmi les éruptions arsenicales. Leur existence est signalée par nombre d'auteurs et dans une foule de cas. D'une fréquence toute particulière est l'ædème des paupières se trouvant signalé 37 fois parmi les 56 cas décrits dans la thèse de M. Papadakis.

Éruptions vésiculeuses. — Le zoster arsenical est déjà nommé. Un herpès génital (65 vésicules sur le prépuce et le gland, se terminant par de petites ulcérations) est vu par Schindler (1), et pendant l'épidémie de Saint-Denis on à vu ce symptôme plusieurs fois. Un herpès labial accompagné d'une éruption vésiculeuse autour des yeux est observé une seule fois (2). Des cas d'éruptions vésiculeuses miliaires sont relatés par beaucoup des auteurs anciens (3), mais dans la plupart de ces observations il manque de renseignements précis concernant l'étendue et la durée de l'éruption.

Les éruptions papuleuses, déjà observées au siècle dernier (Dehenne, 1759), peuvent être de différente étendue et aspect, tantôt lichénoïdes, circumpilaires (4), tantôt lenticulaires (Devergie); l'éruption est tantôt locale, tantôt généralisée (5). Quant à la durée, on ne trouve que rarement de renseignements, cependant M. Köbner a vu une éruption papuleuse se terminer au bout d'une huitaine (6). Une éruption « psoriasiforme » est observée une fois par Hutchinson (7).

Purpura. — Des éruptions pétéchiales ont été vues par Christison (l. c.), Leod (8) et Kirchgässer (l. c.). Basedow a une seule fois observé un érythème d'une couleur rouge noirâtre aux deux jambes, accompagné d'une éruption de bulles hémorrhagiques confluentes (9).

Quant à la chute des cheveux, nous avons ici affaire à un des symptômes classiques de l'intoxication arsenicale, signe se trouvant indiqué dans une foule d'observations, tant anciennes, tant récentes (déjà décrit par Forestus). La chute des cheveux, comme règle géné-

<sup>(1)</sup> GRALE. & Walters Journal, 1838.

<sup>(2)</sup> Medico-physical Journal, XXVIII, 345 (cité par Christison).

<sup>(3)</sup> HAHNEMANN. Ueber die Arsenikvergiftung. Leipzig, 1786.

<sup>(4)</sup> IMBERT-GOURBEYRE. Histoire des éruptions arsenicales. Moniteur des hôpitaux, 1857.

<sup>(5)</sup> WHITE (James). Cases of arsenical dermatitis, Boston medical and surgical Journal, 1884 (Rev d. sc. méd.).

<sup>(6)</sup> KOBNER. Verhandl. d. X\* internation. medic. Kongr. Berlin, 1890. Band V, XIII Abtt. Berlin, 1892.

<sup>(7)</sup> HUTCHINSON. Arsenic as a drug. Brit. med. Journ., 1891.

<sup>(8)</sup> Edinburgh medical Journal, 1819.

<sup>(9)</sup> BASEDOW. Arsenikdunst in Wohnzimmern. Medicinische Zeitung, 1846, nº 10.

ralisée et passagère, semble dans un cas avoir revêtu l'aspect de la pelade (1).

La chute des ongles a été observée dans quelques cas: entre autres par Seeligmüller dans un cas grave d'arsenicisme nerveux (2).

Dans quelques cas rares on a décrit des déformations des ongles; ainsi Scolosuboff a observé que dans un cas de paralysie arsenicale, les ongles devenaient plus gros, secs et jaunâtres (3). Dans le cas de Schaper (4) les ongles étaient durs, éraillés et recourbés en griffes. Quant à ces lésions des ongles, on est tenté de croire qu'il s'agit de lésions d'origine trophique, résultant de l'action de l'arsenic sur la moelle épinière ou les nerfs.

- (1) Wyss, Alopecia areata ex usu arsenici. Archiv der Heilkunde, 1870.
- (2) SEELIGMULLER. Ueber Arseniklähmung. Deutsche med. Wochenschrift, 1881.
- (3) Scolobusoff. Gazette médicale, 1875.
- (4) SCHAPER. Beiträge zur Lehre von der Arsenikvergiftung. Berlin, 1846 (cité par J. G.).

#### SUR LE MICROBE DU CHANCRE MOU

Par le Dr Rudolf Krefting

Chef de clinique des maladies cutanées, à l'Université de Christiania.

Le microbe pathogène du chancre mou vient enfin d'être découvert. Les recherches faites par Ducrey sur le microbe du chancre mou, et publiées au Congrès international de dermatologie et de syphiligraphie, à Paris, en 1889, sont, maintenant que plusieurs compte rendus ont été faits concernant ce sujet, tellement connues, qu'il n'est point nécessaire d'en parler d'une façon plus détaillée.

Pendant plus de deux ans après la découverte de Ducrey, on ne publia aucune nouvelle recherche. Son œuvre n'eut pas l'éclat qu'elle méritait, et paraissait devoir être ensevelie dans l'oubli et partager le sort des ouvrages antérieurs sur le même sujet. Welander est le seul savant qui, depuis cette époque, ait fait savoir qu'il s'était occupé des mêmes recherches que Ducrey. Dans les Archiv f. Derm. und syph., 1891 : « Versuche eine abortivbehandlung der Bubonen », il dit avoir trouvé des bacilles dans les pustules d'inoculation, mais pas dans toutes et en général en quantité très minime, de plus sans leur accorder une importance étiologique.

Dans ma première publication sur le microbe du chancre mou, qui parut dans les Nordiskt Medicinskt arkiv » en 1891, j'ai communiqué le résultat d'une suite d'expériences d'inoculations faites sur 14 malades, ainsi que les recherches des microbes dans les pustules.

Dans ces recherches, que j'avais commencées longtemps avant d'avoir connu le travail de Ducrey, je suis arrivé, si on excepte la question du bubon, au même résultat général que Ducrey.

Dans les pustules produites en générations par inoculation, on pouvait toujours démontrer la présence d'une bactérie qui ressemblait bien exactement à la description qui en avait été faite par Ducrey.

Les essais de culture ont donné un résultat négatif. En examinant les coupes des chancres excisés, je n'ai pas réussi à démontrer la présence de microbes. La difficulté qui existe à décolorer les coupes (les bacilles ne supportant pour ainsi dire pas l'alcool en quantité quelque minime qu'elle soit, et ne se laissant colorer ni par la méthode de Gram, ni par celle de Weigert), me paraissait être, à cette époque, un obstacle insurmontable pour fournir la preuve de l'existence de ces bacilles dans les coupes histologiques.

A l'Association des médecins, le 1er décembre 1891, j'ai fait une

conférence sur mes recherches et exposé des préparations microscopiques.

A la Société de dermatologie et de syphiligraphie à Paris, le 21 avril 1892, Jullien fit savoir qu'il avait fait quelques expériences d'inoculation en imitant les recherches de Ducrey et les miennes, mais on est porté à croire que les chancres qui ont servi à ses observations étaient peu virulents et que l'inoculation ne pouvait atteindre plus de 3 générations.

De temps en temps il m'est arrivé à moi aussi de voir la virulence cesser d'aussi bonne heure que dans les cas de Jullien, alors que je m'étais servi du pus de chancres récemment contractés, Je n'ose cependant pas dire d'une façon certaine que c'est ou le virus, ou les dispositions particulières de l'individu qui ont été le motif du résultat de ces recherches.

Dans la livraison de juillet 1892 du Monatshefte fur Praktishe Dermatologie, on voit que Unna en employant une méthode de coloration spéciale (mélange de glycérine et d'éther) a démontré dans les coupes histologiques de 5 chancres mous, l'existence d'une bactérie qu'il appelle le strepto-bacille du chancre mou.

Des préparations de ces recherches ont été exposées à la Société de dermatologie et de syphiligraphie, à Paris, le 2 juin 1892, par M. Pusey (de New-York). Unna n'a pas déclaré d'une façon certaine que les bacilles trouvés dans les coupes étaient les mêmes que ceux dont Ducrey et moi nous avions démontré l'existence dans le liquide des chancres d'inoculation. Il fait savoir que les bacilles, pendant leur croissance, forment dans les tissus des chaînes plus ou moins longues, et qu'on en trouve presque toujours dans les espaces lymphatiques entre les cellules du tissu. Il n'en a jamais découvert dans les cellules migratrices.

Dans mon dernier travail sur le chancre mou, dans Archiv für Dermatologie und Syphiligraphie, Ergänzungshefte, 1892, j'ai fait paraître la continuation des recherches que j'ai faites sur les pustules d'inoculation d'un grand nombre de malades, et dans lesquelles j'ai toujours trouvé le même bacille.

En outre, j'ai l'honneur de faire savoir que j'ai trouvé ce bacille dans un bubon virulent, qui s'était ouvert sous un bandage, ainsi que dans les pustules produites par l'inoculation du pus du bubon avant et après qu'il se fût ouvert.

Après ces recherches, l'étiologie du bubon virulent paraît évidente, quoique j'eusse pu souhaiter d'avoir à ma disposition plus d'un seul cas où on eût pu contrôler le bubon virulent au moment où il s'ouvrait.

Il est assez rare de rencontrer des cas de bubons virulents à Christiania et il ne rentre guère à l'hôpital que des malades ayant des bubons déjà anciens qu'ils ont négligé de soigner.

p

fa

1

d

la

c

P

t

ŀ

f

Les essais de culture, sur des bases alimentaires artificielles, autant du pus des pustules d'inoculation que du pus du bubon, ont donné un résultat négatif. Le développement des bacilles dans les pustules d'inoculation, sans microbes étrangers, ressemble beaucoup à une culture pure, et pourrait être désigné comme telle.

La communication d'Unna sur l'existence de bacilles dans les coupes histologiques n'avait pas encore été publiée quand l'ouvrage cité

plus haut fut envoyé à l'imprimerie pour le faire imprimer.

Les différentes méthodes dont je me suis servi pour démontrer l'existence de bacilles dans les coupes, n'ont donné aucun résultat satisfaisant. Il est vrai que j'apercevais de temps en temps quelque chose que je croyais pouvoir considérer comme des bactéries, mais les préparations étaient trop peu distinctes pour que je voulusse faire part du résultat de mes recherches.

Au Congrès des naturalistes de Copenhague, au mois de juillet 1892, j'ai eu l'honneur de faire un court résumé de mes recherches et

de présenter des préparations microscopiques.

À la Société de dermatologie et de syphiligraphie, le 7 juillet de la même année, Quinquaud et Nicolle ont montré des préparations de coupes colorées d'après une méthode spéciale.

Désireux de savoir si les bacilles découverts par Unna dans les coupes étaient les mêmes que ceux qui ont été décrits par Ducrey et par moi, je me suis fait adresser son mélange de glycérine et d'éther servant à décolorer les préparations de coupes.

En suivant la méthode de Unna j'ai obtenu souvent, mais pas toujours, des préparations réussies, et j'ai examiné 7 nouveaux cas de chancres mous excisés. Comme il est toujours désagréable de travailler en se servant de moyens dont on ne connaît pas le secret, j'ai essayé de m'affranchir de l'emploi de cette méthode, et j'ai immédiatement trouvé qu'un mélange d'huile d'aniline et de xylol produisait un moyen de décoloration tout aussi pratique que celui de Unna qui arrivait souvent à trop décolorer. Le traitement de la préparation avec de l'alcool pur n'est pas non plus heureux avant le placement des coupes.

Comme matière colorante on peut employer la solution d'alcali, de borax et de bleu de méthyle indiquée par Unna, et qui colore très fortement.

Dans les préparations provenant de tous ces chancres, et dont l'un était un chancre d'inoculation excisé, on voyait les bacilles, en plus ou moins grand nombre, tapisser les bords des plaies et, dans beaucoup d'endroits, pénétrer au travers d'une zone d'un tissu infiltré de cellules rondes jusque dans les parties saines. Comme Unna le décrit, ces bacilles sont le plus souvent placés en chaînes plus ou moins longues, mais on peut cependant les distinguer comme de petits bâton-

nets. Il est rare de pouvoir distinguer les extrémités arrondies qui, chez les bacilles du liquide chancreux sont souvent visibles, mais la différence de milieu entre le tissu et le pus liquide est si grande, qu'on ne peut guère attacher une trop grande importance à la petite différence sur laquelle Unna attire l'attention.

On remarque aussi que les bacilles des préparations des coupes se colorent moins fortement au centre, et qu'ils sont quelquefois très rétrécis à la même place.

Ils forment souvent des tas plus ou moins grands de chaînes étendues à côté l'une de l'autre, et paraissent alors être placés entre les cellules. A la limite des tissus qui ne sont pas encore attaqués, on voit les microbes surtout former des ramifications courant souvent parallèlement en suivant les voies lymphatiques.

Unna dit qu'il ne les a vus disposés de cette façon qu'entre les cellules dans les espaces lymphatiques, mais jamais dans les cellules des tissus ni dans les cellules migratrices, et il croit à cause de cela devoir établir une différence entre ces bacilles et ceux de Ducrey.

Si ces bacilles apparaissent en quantité plus considérable et en plus grands tas de cette façon, il n'est cependant point douteux qu'on les rencontre dans les cellules en rassemblement plus ou moins grand, et qu'on peut les reconnaître comme des bacilles. C'est ainsi que la différence qui existe entre les bacilles décrits par Ducrey et par moi, et ceux dont Unna a démontré la présence dans les coupes, n'est pas grande, et qu'il suffit de remarquer les différents milieux où se trouvent les microbes dans le liquide chancreux et dans le tissu pour se l'expliquer.

La démonstration faite par Unna de la présence des bacilles dans le tissu a contribué pour beaucoup à renforcer les recherches de Ducrey et les miennes sur le microbe pathogène du chancre mou, car l'identité de ces microbes doit être considérée comme indubitable.

L'étiologie du chancre mou paraît maintenant évidente, quoique pour la preuve de la pathogénie il manque la culture du microbe sur des bases alimentaires artificielles et l'inoculation au moyen de cultures produites de cette facon.

1º On peut démontrer la présence de bacilles dans les pustules d'inoculation, sans microbes étrangers, et c'est ainsi qu'on produit des cultures pures sur la peau humaine;

2º On peut démontrer leur présence dans le pus d'un bubon virulent, et dans les pustules produites par l'inoculation de ce pus.

3º On peut démontrer leur présence en grand nombre dans les préparations histologiques des coupes de chancres mous excisés. A

de

te

m

ch

un

Ce

tat

mi

mé

trè

trè

vri

tah

### UN CAS BARE DE LICHEN PLAN DE WILSON

Nervosisme excessif. — Anurie relative. — Eruption des muqueuses buccale, unéthbrie. — Guérison rapide par l'hydrothérapie chaude.

Par A. Page. Interne à l'hôpital de Berck-sur-Mer.

Rien dans mon hérédité qui puisse avoir un rapport avec le lichen dont je souffre. Aucun nerveux que je connaisse; des rhumatisants seulement.

Personnellement d'un tempérament lymphatique, j'eus une enfance maladive; mais depuis l'âge de 14 ans (j'en ai actuellement 25), je jouis d'une excellente santé; tout ce qu'il y a de moins nerveux. Je souffre seulement de temps en temps de douleurs rhumatoïdes des muscles, de synovites tendineuses légères.

J'étais à Berck depuis un an et demi, et jusque-là le climat maritime m'avait été très favorable. D'autre part rien de spécial n'a précédé ma maladie : ni chagrin ni ennuis, ni fatigues extraordinaires, ni excès d'aucune sorte.

Je commençai à souffrir le 2 octobre. Pendant la nuit je sentais au pubis et au scrotum de fortes démangeaisons, je me grattais énergiquement; tout disparaissait le jour. Ceci dura quatre nuits, et l'examen le plus attentif chaque matin ne pouvait m'expliquer la cause de ce prurit nocturne.

Le 5° jour seulement, c'est-à-dire le 7 octobre, je trouvai sur le gland une petite plaque blanchâtre, de 4 ou 5 millimètres de diamètre, qui m'effraya beaucoup, l'idée d'une plaque muqueuse m'étant venue aussitôt. Cependant la plaque était sèche, elle me démangeait fort, je n'avais pas de ganglions dans l'aine, et mes souvenirs ne me reprochant aucune fréquentation suspecte, je me rassurais un peu.

Le lendemain d'autres plaques vinrent augmenter ma perplexité; elles siégeaient sur la partie gauche du scrotum: blanchâtres comme la première, elles étaient à peine surélevées, d'un diamètre de 5 à 10 millimètres, et très prurigineuses. Elles s'étendirent bientôt sur tout le scrotum. En même temps de légères démangeaisons me vinrent sur tout le corps, mais l'éruption ne devint manifeste que le 12 octobre. Ce jour-là je pus voir de très petites papules à sommet nacré, brillant, entourées d'une base rougeâtre: elles siégeaient principalement sur le tronc et sur les bras, mais très clairsemées.

Le 13 octobre je vins à Paris, dans le service de M. Besnier, où M. Thibierge voulut bien me voir et fit le diagnostic de lichen plan; il me découvrit dans la bouche des plaques blanchâtres, siégeant principalement sur la muqueuse des joues.

Il me conseilla les douches chaudes, et la liqueur de Fowler.

Rentré à Berck je pris consciencieusement mon arsenic à la dose de 15 gouttes par repas, mais je ne pus prendre les douches chaudes; j'essayai de quelques bains, mais je les cessai bien vite, je souffrais épouvantablement en en sortant.

Pendant tout le mois suivant, du 15 octobre au 15 novembre, la maladie

s'aggrave de plus en plus. Les démangeaisons, assez supportables au début, deviennent bientôt absolument intolérables; je ne puis plus me livrer à aucun travail, la seule chose qui me calme un peu c'est de faire des marches forcées tous les jours: au prix de grandes fatigues je parviens à souffrir un peu moins et à dormir un peu, car dès le début l'insomnie s'est montrée. Je me gratte toute la nuit, et ne peux fermer l'œil qu'au matin.

L'appétit a diminué aussi d'une façon considérable. Alors mon caractère change, j'ai des accès de mélancolie, des idées noires me tourmentent toute la nuit, et je me plais à des raisonnements insensés et sans fin sur mon malheureux sort; même indépendamment de mon mal je vois l'avenir sous un jour effrayant; je suis devenu absolument névropathe.

L'éruption suit un cours parallèle.

Je dois signaler ici un fait, c'est que la démangeaison précédait toujours l'apparition des papules, à tel point que j'annonçais une éruption un et deux jours à l'avance à mes camarades. Les papules qui deviennent de jour en jour plus nombreuses gardent les mêmes caractères que les premières. Quelques-unes seulement sont plus larges, de la grosseur d'un haricot quelquefois et complètement rouges, sans surface brillante. L'éruption a certains points d'élection : aux lombes surtout, et aux articulations des membres du côté flexion; en ces points (lombes, aines, creux poplité, aisselle, pli du coude) les papules sont devenues à peu près confluentes, avec quelques petits intervalles de peau saine cependant.

Tous ces symptômes deviennent de jour en jour plus accusés, et six semaines après le début, c'est-à-dire vers le 15 novembre, je suis dans un état lamentable.

Pendant toute cette période du 15 au 29 novembre, je souffre horriblement, je n'ai pas eu un seul instant de répit complet; cependant, pendant le jour, lorsque j'ai très chaud, et que je reste du matin au soir sans bouger assis au coin d'un grand feu, je souffre un peu moins. Le soir, fatigué, j'espère dormir un peu, je réussis quelquefois à m'endormir un quart ou une demi-heure, puis je me réveille en proie à des douleurs épouvantables semblables à d'intenses sensations de brûlure; alors je me gratte jusqu'au sang, mais bientôt je ne peux rester dans mon lit, je me lève, je cours comme un fou à travers ma chambre; quelquefois je sors au dehors à peine habillé espérant que le froid glacial va me soulager, il n'en est rien; je pousse des cris étouffés, et, finalement, je me mets à pleurer comme un enfant. Puis, peu à peu, viennent les idées les plus sombres, je songe à mon état lamentable que je vois plus effrayant qu'il n'est en réalité, je me dis que je ne guérirai pas; c'est à ce moment surtout que je songe au suicide, et souvent j'ai été résolu à en finir ; j'avais préparé mon revolver et plusieurs fois j'ai résisté à grand'peine à l'obsession de m'en servir. Cette crise durait quelquefois toute la nuit, d'autres fois un peu moins longtemps, mais cependant je ne cessais pas de souffrir, et je ne réussissais à dormir que lorsque le jour était venu, alors je sommeillais une heure ou deux. Les 5 derniers jours à partir du 23 novembre je n'ai pu fermer l'œil un seul instant, et cela malgré les doses de chloral que je dirai tout

Pendant le jour je souffrais un peu moins, mais jamais je n'avais de rémissions complètes, et je passais des heures entières à pleurer. di

ul

d

m

d

a

t

PAGE 173

D'un autre côté, l'éruption faisait des progrès incessants, et de jour en jour plus rapides.

Certains endroits d'élection présentaient un aspect spécial. A la région lombaire, depuis la crête iliaque jusqu'au milieu du dos, la peau était épaissie, rugueuse, d'un rouge vineux. Il en était de même aux articulations du côté flexion.

Dans d'autres points en me frottant de chloroforme j'avais provoqué une éruption d'un rouge plus vif, et absolument confluente sur de larges plaques; c'était surtout aux parties externes des bras et des jambes. Enfin il y avait d'autres éruptions survenues par le grattage, sur les cuisses principalement; la trace de mes ongles était marquée par de fortes élevures rouges et épaissies.

Sur toutes les autres régions du corps l'éruption était marquée seulement par des papules plus ou moins confluentes. Sur le thorax et dans le dos, à mesure que l'on remontait, elles devenaient de plus en plus espacées pour cesser tout à fait au milieu du cou, au niveau du col de la chemise. Je n'ai jamais eu une seule papule plus haut.

Ce n'est que les derniers jours que l'éruption a gagué les mains et les pieds du côté palmaire et plantaire surtout. En trois jours toute la surface plantaire devint le siège d'un gonssement considérable rouge sombre, qui me gênait beaucoup pour marcher. Les mains surent un peu moins atteintes.

Maintenant j'ai à parler d'une éruption que malheureusement j'étais peu en mesure d'observer : celle des muqueuses. L'éruption de lichen buccal, devint confluente sur toute la muqueuse sauf sur celle de la langue ; elle apparaissait même sur les lèvres. Mais, en outre, il existait sur le gland, à l'entrée du méat, une plaque rouge analogue à celles qui siégeaient tout à côté, et qui avaient succédé aux plaques blanchâtres du début ; en écartant le méat, on voyait distinctement cette plaque se continuer en dedans de l'orifice uréthral, aussi loin que pouvait porter la vue. L'éruption remontait-elle plus haut? Je n'ose l'affirmer et cependant je les, car j'ai eu des douleurs tout le long du canal principalement au moment de la miction, mais aussi en dehors d'elle, et cela pendant une dizaine de jours environ.

A ce même moment je fus pris d'un enrouement que nulle cause ne pouvait expliquer; je l'attribuai, bien hypothétiquement, je l'avoue, à une localisation laryngée de ma maladie.

Enfin, je dois ajouter qu'à la même époque, sans aucune constipation d'ailleurs, j'avais en allant à la garde-robe, des sensations de brûlures remontant assez haut dans le rectum.

Autre remarque: Je fus frappé de la petite quantité d'urine que je rendais; j'avais à peine une miction par 24 heures et encore très peu abondante; cela dura d'ailleurs jusque vers le milieu de décembre et suivit les mêmes progrès décroissants que les autres symptômes.

Pendant ce dernier mois tout ce que je pus imaginer pour me procurer un peu de repos et calmer mes démangeaisons, je l'essayai:

Jai continué tout ce temps mes trente gouttes par jour de liqueur de Fowler.

Contre le prurit, je me servis d'abord de pommade à la cocaïne; efficace sur le scrotum, elle n'avait aucun effet sur le reste du corps.

L'éther dont je me frottai ensuite me soulageait pendant 10 minutes.

Trouvant un soir du chloroforme sous ma main, je m'en versai 100 gr. sur la peau; je fus soulagé un certain temps, mais le lendemain, les parties frictionnées étaient gonflées et rouges, et cette éruption resta jusqu'à la fin. Cependant, je recommençai plusieurs fois quand je souffrais trop, toujours avec un certain soulagement immédiat, à la condition d'employer de fortes doses, mais avec le même résultat sur l'éruption et le prurit qui étaient augmentés dans la suite.

Mêmes effets à peu près par la pommade au menthol.

Comme je l'ai dit, je ne dormais pas et cependant je pris sans résultats des doses énormes de chloral ou de sulfonal; chaque soir je prenais trois et quatre grammes: dans les derniers jours je pris un soir trois grammes de sulfonal et 5 de chloral; je tombai dans une ivresse lourde dont je fus tiré par des vomissements, et je ne dormis pas davantage.

Je m'injectai un soir d'un seul coup trois centigr. de morphine; c'était la première fois que j'en prenais; je souffris moins cette nuit-là, mais le sommeil ne vint pas.

J'essayai bien d'autres choses : extrait thébaïque, etc., sans autre résultat que de me délabrer l'estomac et me rendre encore plus malade.

Tel était à peu près mon état au 28 novembre, jour où l'on m'envoya à Paris. Par moi-même j'étais alors incapable de prendre une décision. Je souffrais d'une façon intolérable, et ma maladie était en pleine période d'évolution, d'un jour à l'autre on en suivait les progrès. Considérablement déprimé, j'étais indifférent à tout. Je ne me nourrissais même plus, et pendant ce mois j'ai perdu 14 kilog, en poids.

Enfin le 29 novembre je vins à Paris, et j'allai consulter M. Besnier qui m'ordonna la douche chaude deux fois par jour.

A partir de ce moment j'ai cessé toute autre médication, je n'ai plus pris de liqueur de Fowler. J'ai continué seulement pendant quelque temps encore à prendre du chloral et du sulfonal, mais à doses de plus en plus faibles.

Le 30 novembre au soir j'avais pris trois douches. Je me couchai après avoir pris deux grammes de chloral, et moi qui n'avais pas ou presque pas dormi depuis 15 jours, je dormis dix heures d'un seul somme.

Je fus beaucoup mieux le lendemain, malheureusement le sommeil ne persista pas et pendant trois ou quatre nuits, malgré les deux douches prises régulièrement, et 3 gr. de chloral je ne m'endormis guère qu'à 6 heures du matin pour me réveiller à 8 ou 9, et en souffrant autant qu'autrefois.

A partir du 5° jour le sommeil revient un peu, je dors quatre et cinq heures; à ce moment aussi je souffre moins de la plante des pieds, et je commence à marcher un peu mieux.

Au bout de 8 jours mes douleurs sont déjà notablement diminuées, je trouve maintenant mes démangeaisons supportables. Quant à l'éruption, elle n'a subi à peu près aucune modification, seulement elle n'a pas augmenté, ce que je juge être un grand progrès. Aussi je me remonte un peu le moral, et l'envie du suicide m'abandonne définitivement.

Les jours suivants je prends toujours régulièrement mes deux douches, et je vais de mieux en mieux; je dors maintenant 5 à 6 heures par nuit, et pendant le jour j'ai quelques moments où je souffre beaucoup moins.

e

a

A

CE

m

A

je

SO

Ca

de

di

pl

m

et

ré

lo

ro

le

tr

da

40

to

in

di

m

th

ne

cie

PAGE 175

Le 15 décembre, c'est-à-dire le 16e jour, je sors pour la première fois (sauf pour aller aux douches). J'ai fait des progrès énormes, j'ai bien encore des crises de démangeaisons, mais beaucoup moins fortes, supportables, et je dors facilement six heures.

L'éruption elle-même a diminué, elle a considérablement pâli sur les avant-bras et les jambes. Sur les lombes seulement elle est encore la même. A cette époque aussi la paume des mains et la plante des pieds commencent à desquamer en grands lambeaux semblables à ceux d'une scarlatine.

Depuis quelques jours aussi j'ai des mictions plus fréquentes et plus abondantes.

Les accès de mélancolie se font de plus en plus rares, cependant je pleure encore quelquefois.

L'appétit est un peu revenu et maintenant, confiant dans les douches, je me permets le café et la cigarette dont je m'étais privé depuis longtemps.

L'amélioration continue ainsi de jour en jour plus notable et plus rapide. A partir du 20 décembre, 3 semaines après le commencement des douches, je ne souffre plus que très rarement, et les quelques accès que j'ai encore sont fort supportables. Cependant, comme je vais beaucoup mieux, je me permets de manquer quelquefois une douche, mais non pas impunément car le soir même à chaque fois j'ai une crise. Il en a d'ailleurs été ainsi depuis le commencement du traitement : je souffrais beaucoup tous les dimanches soir, ne pouvant prendre qu'une douche ce jour-là.

Enfin le 30 décembre je me considère presque comme guéri, je ne souffre plus du tout, sauf lorsque je manque une douche. Je n'ai plus d'accès de mélancolie, j'ai retrouvé mon caractère d'autrefois, le sommeil, l'appétit et toutes les autres fonctions sont rétablies. La fonction urinaire s'est rétablie en même temps que l'éruption elle-même est disparue, sauf aux lombes et au côté flexion des articulations, où la peau est encore un peu rouge et gonflée. De temps en temps cependant une légère démangeaison le soir m'annonce pour le lendemain matin quelques papules nouvelles très pâles, qui disparaissent très vite d'ailleurs.

Les premiers jours de janvier je manque plusieurs douches. Je me fatigue un peu aussi, quelques crises de démangeaisons me reviennent pendant deux jours, elles cessent bien vite d'ailleurs sous les douches.

De même, l'éruption disparaît complètement à cette époque et le 9 janvier, 40 jours après la première douche, je me présente à la Société de dermatologie, n'ayant plus aucun symptôme, et ne gardant de ma maladie que la forte pigmentation qu'elle m'a laissée sur tout le corps, signature de son intensité.

Aujourd'hui je suis encore mieux que le mois dernier: la pigmentation disparaît peu à peu, bien lentement il est vrai, mais je peux travailler sans fatigue, et je jouis de la meilleure santé. J'ai même pu, du 25 janvier au 5 février, rester 10 jours sans prendre de douches. Cependant quelques démangeaisons me sont revenues, et je me suis hâté de revenir à l'hydrothérapie.

Maintenant je crois qu'à condition de prendre de temps en temps quelques douches je suis complètement guéri. Cette guérison, je la dois certainement à M. Besnier et à M. Jacquet : qu'ils me permettent de les remercier et de leur exprimer ma plus vive reconnaissance.

# SOCIÉTÉ FRANÇAISE DE DERMATOLOGIE ET DE SYPHILIGRAPHIE

#### SÉANCE DU 9 FÉVRIER 1893

#### PRÉSIDENCE DE M. LAILLER

SOMMAIRE: Correspondance imprimée. — A propos du procès-verbal — M. Hal-Lopeau — M. Morel-Lavallée. — Lettre du professeur Pospelow à l'occasion de la mort du professeur Mansouroff. — Mort de M. le professeur Hardy.

La correspondance imprimée comprend les ouvrages suivants :

- 1º Traité théorique, pratique et thérapeutique de la scrofulo-tuberculose de la peau, in-4º, Paris, 1892, par M. le professeur Leloir.
- 2º Recherches cliniques et expérimentales sur la pseudo-tuberculose aspergillaire, broch. in-8º, Paris, 1893, par le D' Renon.
  - 3º De l'infection blennorrhagique, broch. in-8º, 1893, par le Dr Patoir.
- 4º Une série de brochures et d'opuscules sur la dermatologie et la syphiligraphie, par M. le D' Legrain, à l'appui de sa candidature.
- 5º Une série de brochures et d'opuscules sur la dermatologie et la syphiligraphie, par M. le D' Audry, à l'appui de sa candidature.

#### A PROPOS DU PROCÈS-VERBAL

#### Cas de morphæa alba.

M. Hallopeau: L'examen histologique et bactériologique des biopsies qui ont été pratiquées chez la malade présentée à la dernière séance comme atteinte de morphæa alba plana a été fait par M. Jeanselme, il a porté sur deux plaques: l'une blanche, lisse, dure, cicatricielle, cerclée d'une bordure brune et de date fort ancienne; l'autre de coloration lilas, souple et de date récente.

Dans les deux cas, la sclérose du derme est très prononcée; les glandes sébacées et les follicules pileux ont disparu. Dans la plaque récente, comme dans la plaque ancienne, il n'existe pas d'infiltration embryonnaire.

La recherche du bacille de la lèpre dans ces deux plaques par les divers procédés usités a été constamment négative.

De cet échec on ne peut rien conclure contre l'hypothèse qui préten-

lo

ni sei lis pa

me

all

ne

dis de

COI

m'

j'és
pu
pla
foi
att
eff

n'a esp

lo

leu

col

pe

re

pr

dait identifier cette morphée avec la lèpre, car on pourrait supposer une localisation des parasites dans les nerfs trophiques, mais les caractères cliniques suffisent pour la faire rejeter: l'intégrité de la sensibilité au niveau des plaques les plus anciennes, l'induration ligneuse qu'elles présentent dans leur partie centrale, la pigmentation qui succède à leur localisation et leur évolution rétrograde qui peut être complète sont autant de particularités qui séparent cette affection de la lèpre chronique. Il est vrai que Kaposi a signalé une induration marquée parmi les caractères de la morphée lépreuse dont il attribue la description à Erasmus Wilson, mais il est reconnu que cette prétendue lèpre n'est autre chose que la morphea alba plana. Admettre, d'autre part, qu'il s'agirait d'une lèpre tellement modifiée et atténuée qu'elle serait méconnaissable, est une supposition qui ne repose sur aucun fondement.

Il est possible que les troubles trophiques qui caractérisent cette morphée soient liés à l'invasion d'un parasite, mais on n'en a aucune preuve et, en tout cas, il ne s'agirait pas de celui de la lèpre qui donne lieu à des

troubles très différents.

# Le chancre est-il une cause d'appel des syphilides dans la région qu'il a occupée ?

M. Morel-Lavallée. - J'avais, dans la dernière séance, provoqué une discussion sur cette question, à savoir si le chancre est une cause d'appel des syphilides ultérieures dans la région qu'il a occupée? Et j'avais conclu qu'à mon sens il y avait lieu d'adopter l'affirmative, M. Diday m'a fait ces jours derniers observer qu'en effet la proposition que j'émettais était justifiée, mais que le bien fondé en avait été établi depuis longtemps par Ricord et par lui-même M. Diday. Je restitue avec plaisir à Ricord et à notre cher doyen la priorité revendiquée, toutefois je ne crois pas que la discussion susdite ait été une superfétation, attendu que l'accord n'est pas établi à ce sujet. M. E. Besnier s'est en effet prononcé pour l'assirmative, tandis que M. le professeur Fournier n'attache sous ce rapport au siège initial du chancre à peu près aucune espèce d'importance. Je suis tenté quant à moi, ai-je dit, de me rallier à l'opinion de MM. Ricord et Diday ..... et Besnier. Pour ce qui est de savoir si l'apparition précoce, pré-roséolique, d'éléments éruptifs d'ordre papuleux (ou érosif) aux alentours du chancre présage une syphilis forte, comme je l'ai dit et comme je le crois, c'est là une question d'un ordre un peu différent.

M. le Secrétaire général donne lecture de la notice suivante qu'il a reçue du professeur Pospelow (de Moscou) à l'occasion de la mort du professeur Mansouroff.

.... Le professeur Mansouroff, N. P., succomba à l'influenza le 4/16 novem-

bre 1892, à l'âge de 58 ans. Le défunt était né le 18 décembre 1834 d'un famille noble. Il fit ses premières études dans un pensionnat français, puis il entra au 3° gymnase de Moscou, où il termina son cours en 1852 et reçut la médaille d'argent. De là il passa à la Faculté de Médecine de l'Université impériale de Moscou. En 1857 le professeur Mansouroff terminait ses études universitaires et, grâce à la protection du professeur Inosemzow, était envoyé à l'étranger dans le but d'étudier la « syphilisation », alors toute nouvelle manière de traiter la syphilis; il étudia cette méthode à Paris sous les auspices d'Auzias-Turenne, à Turin sous ceux de Sperino, à Christiania sous ceux de Bœck et à Vienne sous ceux de Sigmund et de Hebra.

A son retour de l'étranger, le professeur Mansouroff devint un adepte ardent de la « syphilisation comme moyen de traitement de la syphilis », quoique l'Académie de Paris eut déjà rejeté ce nouveau moyen de traitement en 1852. Le défunt professeur décrivit ses observations sur la syphilisation dans une monographie spéciale : « De la syphilisation comme méthode de traitement de la syphilis constitutionnelle » — qu'il présenta sous forme de thèse de doctorat, confirmée comme émérite en 1862. En 1864 le professeur Mansouroff fut élu comme privat-docent des maladies cutanées et vénériennes, et en 1883, après la mort du professeur Naydenoff, il obtint le professorat et une clinique de 30 lits à l'hôpital Ste-Catherine.

Peu de temps avant sa mort, le professeur Mansouroff parvint à intéresser un homme riche, qui légua une somme considérable (200,000 roubles) pour la construction d'une nouvelle clinique, laquelle est près d'être achevée.

La destinée n'accorda point au professeur Mansouroff de la terminer, car il mourut de l'influenza.

Feu le professeur Mansouroff remplissait le poste de vice-président de la Société vénérologique et dermatologique de Moscou; il était membre correspondant de la Société dermatologique de Paris, de la Société des naturalistes et des médecins de Dresde, de la Société des médecins allemands de Berlin, ainsi que de la Société médicale du Panthéon de Paris et de la Société de médecine pratique de Paris, et de beaucoup d'autres...

Le professeur Mansouroff laisse une quantité considérable d'écrits en langues russe, française et allemande.

M. le président annonce la mort de trois membres de la Société: le professeur Manassei, de Rome, membre correspondant; le D' Horteloup de Paris, membre fondateur, et le professeur Hardy, membre fondateur et président d'honneur de la Société.

M. LAILLER. — Messieurs, tous vous connaissiez M. Hardy; vous savez avec quelle passion il s'occupait de la science, et avec quelle ardeur, l'année dernière encore, quoique octogénaire, il se rendit au congrès de Vienne et le rôle important et tout à l'honneur de la dermatologie française qu'il y remplit. La Société française de dermatologie et de syphiligraphie tiendra à rendre un dernier hommage à son doyen et vénéré président, et je vous propose de lever la séance en signe de deuil.

n

V

sie

pe

M. le D' Besnier donne lecture de la dépêche suivante qu'il a reçue de M. le professeur H. Köbner, de Berlin, à l'occasion de la mort de M. Hardy.

« Profondément ému par la dépêche concernant la mort de mon ancien maître M. le professeur Hardy, à côté duquel j'avais encore, en septembre 1892, l'honneur de siéger au congrès de Vienne, où je pouvais lui rendre encore une fois, et, de la tribune du Congrès, mes remerciements pour sa libéralité envers mes études dans son service en 1860-1861, je vous prie de vouloir bien transmettre mes condoléances à la Société française de dermatologie. »

M. le Secrétaire général de la Société donne lecture de la lettre suivante qui lui a été adressée à l'ocsasion de la mort de M. Hardy :

a La Société viennoise de dermatologie vient d'apprendre avec grande tristesse la nouvelle du décès du grand professeur Hardy, ci-devant président d'honneur du Congrès international de dermatologie et syphiligraphie à Vienne.

Permettez-moi de vous exprimer en mon nom comme en celui de nos confrères le sentiment du plus profond regret causé par cette grande perte.

La mort du grand savant fait un grand vide dans les sciences médicales Agréez, etc.

Professeur Neumann, président de la Wiener Dermato logischer Gesellschaft.

La séance est levée.

Le secrétaire,
HENRI FEULARD.

180

## SÉANCE DU 16 FÉVRIER 1893.

#### PRÉSIDENCE DE M. LAILLER.

SOMMAIRE: Notice nécrologique sur M. le professeur Hardy, par M. Hallopeau. — Lichen plan intense guéri par l'hydrothérapie chaude, par M. Page. (Discussion: MM. E. Besnier, Jacquet.) — Nouvelles recherches sur le trichophyton à grosses spores par R. Sabouraud. — Éruptions iodoformées, par M. Cathelineau. (Discussion: M. A. Fournier.) — Cèdème chronique d'origine ortiée, par M. Hallopeau. — Lipomes multiples simulant des tumeurs de la parotide et du corps thyroïde, par MM. Hallopeau et Jeanselme. (Discussion: M. Mathieu.) — Dermite exfoliatrice, mort subite, par M. Juhel-Rénoy. (Discussion: MM. E. Besnier, Vidal, Brocq, Fournier, Morel-Lavallée. — De la localisation de la syphilis dans le cercle ciliaire choroïdien, par M. Galezowski. — Sur les affections cutanées et vénériennes des berbères de l'Aurès, par M. L. Raynaud. — Dermite vésiculeuse des deux mains, provoquée par l'usage des gants rouges dits « gants de peau de chien », par M. Puy Le Blanc

M. HALLOPEAU donne lecture d'une notice nécrologique sur M. le professeur HARDY. (Voir page 113).

## Lichen plan intense; guérison rapide par l'hydrothérapie.

Par M. PAGE.

Complément de la communication faite à la séance du 12 janvier 1893. (Voir page 171).

#### Discussion:

M. L. JACQUET. — Je demande la permission d'ajouter quelques mots à cette intéressante observation; d'une part elle montre plus au complet qu'on ne l'avait jamais fait, il me semble, le tableau des symptômes nerveux de la dermatoneurose de Wilson; d'autre part, elle nous révèle un phénomène d'inhibition rénale, d'anurie relative qui n'avait jamais, je crois, été observé; enfin elle ajoute aux localisations muqueuses du lichen plan celles de l'urèthre et peut-être du larynx et du rectum, jusqu'ici inconnues.

Elle n'est pas moins importante au point de vue de la thérapeutique; à elle seule elle suffirait à justifier et motiver l'emploi de l'hydrothérapie chaude dans le lichen de Wilson. Notons en effet que la maladie était en pleine période d'évolution et d'accroissement; qu'elle ne s'annonçait nullement comme devant revêtir la forme aiguë et courte qu'on connaît, car elle datait déjà de deux mois pleins. Elle a eu à subir les agressions thérapeutiques les plus variées et les plus énergiques. L'arsenic, notamment, s'est montré remarquablement inefficace. L'intervention de l'hydrothérapie,

e

d

si

el

le

ti

ai

n'

d'a

la

to

ne

fai

du

mı

est

no

car

cor

en plein paroxysme nerveux et éruptif a amené immédiatement une détente qui après trois ou quatre jours de retour offensif, a été suivie d'une amélioration progressive dans tous les symptômes fonctionnels. Puis au bout de quelques jours, l'éruption elle-même, comme c'est la règle, s'est mise parallèlement à décroître. Née après les phénomènes subjectifs, elle leur survit quelque temps puis diminue à son tour; cela est dans la nature même des choses; il serait tout à fait illogique de s'étonner que des infiltrations embryonnaires créées lentement, soient plus lentes aussi à disparaître que les troubles nerveux fonctionnels primordiaux. C'est pour n'avoir pas suffisamment tenu compte de cette lenteur forcée et inévitable dans l'involution de la dermatite que l'on a pu croire à la possibilité de sa persistance indépendamment des troubles nerveux originels.

Le bienfait de l'intervention hydrothérapique est ici au-dessus de toute contestation en raison même des menaces répétées de récidive à chaque suspension des douches. C'est la quatrième fois que je vois la névrose ainsi tenue en bride et, comme du feu couvant sous la cendre, prête à se rallumer si le traitement fait défaut; cette démonstration si péremptoire n'a jamais, que je sache été donnée à ce degré-là, pour les autres traite-

ment du lichen.

Pour terminer, quelques mots sur la dernière modification de ma façon d'appliquer ce traitement: Dans les cas légers, une douche suffit; dans les cas intenses deux douches par jour sont nécessaires. Il faut les donner à la température qui plaît le mieux au malade; je ne crois pas, tout compte fait, que l'on puisse formuler à ce sujet une règle invariable applicable à tous les cas.

M. E. Besnier. — Le point le plus intéressant de cette observation me paraît être dans ce fait que cette éruption intense de lichen plan s'est développée sans qu'il y ait eu des phénomènes nerveux antérieurs, ni hérédité nerveuse, ni antécédents nerveux personnels du malade, ni commotion nerveuse. Peut-on faire entrer dans l'étiologie le séjour du malade au bord de la mer, cela est possible. J'aurais désiré que l'examen des urines eût été fait, les malades atteints de lichen présentant souvent un abaissement du taux de l'urée dans l'urine. Qu'est-ce qui a amené la découverte du lichen du gland; est-ce l'examen complet du malade ou le prurit ?

M. JACQUET. — C'est le prurit.

M. E. Besnier. — Le fait est bon à noter, car on sait que le lichen de la muqueuse de la bouche ne s'accompagne ordinairement pas de prurit; il est vrai que le revêtement du gland est plutôt une surface cutanée que muqueuse. Quant à la pénétration du lichen dans l'urèthre, c'est une notion nouvelle importante; on devra donc, à l'avenir, examiner les organes génitaux des malades atteints de lichen, surtout quand ils auront du lichen de la cavité buccale; cet examen est de règle quand il s'agit de leucokératose linguale et il n'est pas rare de trouver alors des leucokératoses génitales concomitantes.

J'ai vu déjà 5 ou 6 fois des cas de lichen de Wilson chez des médecins, et j'ai toujours observé chez eux des phénomènes nerveux très marqués; peut-être l'intensité des accidents qu'a éprouvés M. Page tient-elle un peu aussi à sa profession.

М. Jacquet. — Dans tous les cas de lichen déjà soumis à mon observation, j'ai toujours trouvé dans les antécédents personnels ou familiaux des malades des phénomènes nerveux; ici je n'ai rien trouvé dans ce sens ; la seule chose peut-être à noter serait justement en effet le séjour au bord de la mer, malgré que le malade séjournât déjà depuis plusieurs mois à Berck avant le début de son lichen et sans avoir rien éprouvé de fâcheux.

#### Nouvelles recherches sur la mycologie du trichophyton. Des espèces de trichophyton à grosses spores.

Par R. SABOURAUD.

(Voir page 116.)

#### Éruptions iodoformiques.

Par M. CATHELINEAU.

Travail du laboratoire de M. le professeur FOURNIER.

Les cas d'éruption iodoformique sont relativement peu nombreux dans la littérature médicale.

Il est plus fréquent d'observer des phénomènes généraux (troubles nerveux, fièvre, vomissements) que des phénomènes cutanés dans l'intoxication iodoformique (1).

J'ai eu l'occasion d'observer dans le service de M. le professeur Fournier deux cas d'éruption iodoformique auxquels je joins une observation recueillie par M. Hudelo, chef de clinique à l'hôpital Saint-Louis.

OBSERVATION I. (Communiquée par M. HUDELO chef de la clinique des maladies cutanées et syphilitiques,)

M. B..., cuisinière, 33 ans. Salle Henri IV, nº 4, 7 novembre 1891. Antécédents. - Malade variqueuse des deux jambes depuis plusieurs années. Ulcère à la face interne de la jambe droite depuis 2 ans. 3 accouchements (1 enfant vivant à 20 ans, une fausse couche de 2 mois à 25 ans, une de 4 mois à 26 ans). Le mari est bien portant.

(1) CUTLER. Boston Med. and Surg. Journal, 29 juillet et 5 août 1886.

WILLEMER. Centralblat für Ch., nº 50, 1886.

E. Bradley. L'iodisme, 6 juillet 1887. Thèse Paris. MEUNIER. Erupt. iodoform., 16 juillet 1887. Thèse Paris.

R. W. TAYLOR. The New-York med. Journal, 1er octobre 1887.

BRUN. Thèse agrég., 1886. Accidents imputables, à l'emploi chirurgical des antiseptiques.

Parents bien portants habituellement. 2 sœurs mortes en bas âge, 1 vivante.

Actuellement. — Ulcération à la face interne de la jambe droite, à sa partie inférieure, nettement d'origine variqueuse. Pas de cicatrices sur le corps, sauf 3 macules sur la jambe droite, à la partie supérieure de sa face interne.

Quelques plaques télangiectasiques dans le dos.

Traitement. — Compresses boriquées, repos au lit. Bains.

Le 16 novembre 1891, on saupoudre d'iodoforme la plaie de la jambe et

le placard rectangulaire eczémateux qui l'environne.

Dans la journée la malade n'éprouve rien de spécial, le soir elle ressent des démangeaisons assez vives non seulement au niveau de la plaie mais en dessus, au niveau de la cuisse, où elle remarque quelques taches rougeâtres.

Le 17, le prurit gagne le ventre, mais l'éruption reste limitée à la cuisse

droite

A la fin de la journée, l'éruption gagne le ventre et, dans la nuit, elle envahit le thorax, le cou et le dos. Les lésions ont été prurigineuses surtout la nuit.

La malade a ressenti de la fièvre, du malaise, au point qu'elle a perdu connaissance vers midi, ne sentant pas de fièvre à ce moment.

Le 18, l'éruption a envahi les bras, elle occupe tout le corps, sauf le visage. Elle présente une confluence particulière à la face interne de la cuisse gauche, au niveau des fesses, des lombes, sur la partie latérale droite du thorax, mais en somme elle est généralisée même aux mains et aux pieds.

Toutes les lésions sont prurigineuses et le prurit ne semble pas nettement précéder l'apparition de l'exanthème, il s'accentue au fur et à mesure que celui-ci s'accentue lui-même.

L'éruption est exclusivement cutanée et respecte les muqueuses.

Elle se présente avec les caractères objectifs suivants :

Là où l'éruption est confluente, on note des placards assez étendus, à contour irrégulier; ils présentent une coloration vive, plus rose que rouge, moins cramoisie que la teinte de l'éruption scarlatineuse l'éruption disparaît en partie seulement par la pression.

Ces placards sont purement érythémateux; on ne perçoit aucun relief, aucune vésiculation superficielle; la peau pincée entre les doigts n'est pas

épaissie.

Les grands placards sont continus, sans interstice de peau saine sur leur territoire; ce n'est qu'à leur périphérie que l'on note au milieu de leur contour inégal une alternance de plaques de peau saine et de peau rouge. C'est ce qu'on voit sur la cuisse gauche.

Sur d'autres placards (partie latérale droite du thorax) on voit nettement que le placard est formé par l'agrégation de taches plus petites, de dimensions très inégales, tantôt confluentes, tantôt séparées par des intervalles

de peau saine.

En dehors de ces placards l'éruption se présente sous forme de taches de dimensions des plus variables, les unes presque régulièrement arrondies, du diamètre d'une lentille, les autres plus grandes et sans formes régulières. Toutes ont les mêmes caractères éruptifs : rougeur vive, rosée plus que rouge, absence d'infiltration de la peau et de relief, absence de

vésiculation ou de pustulation, prurit intense.

Nous sommes donc en présence d'un érythème pur généralisé, aigu, prurigineux, à coloration particulièrement vive, sans relief, sans régularité de contour, apparu après des symptômes morbides de l'état général (malaise, frissonnements, fièvre), en dehors de toute ingestion alimentaire suspecte, sans application médicamenteuse à la surface de la peau, sauf les deux pansements à l'iodoforme en ce point limité de la jambe droite où siégeait l'ulcération variqueuse du diamètre d'une pièce de cinq francs.

On retrouve de l'iode dans l'urine.

Donc : roséole iodoformique par absorption du médicament au niveau de la plaie.

A midi, l'éruption semble en voie de diminution, pas de nouveaux placards, disparition partielle des placards des bras.

Purgation, bromure de potassium 2 gr. Cessation de l'iodoforme, pansement avec poudre de bismuth sur la jambe.

Température 37°,2; 37°,4.

Le 19, l'éruption gagne, elle s'étend à la partie latérale droite du thorax, les avant-bras (face palmaire), le dos des mains. Elle reste absolument érythémateuse, sans papules ni infiltration dermique, sans squames.

Prurit intense.

Temp. 37°.8, 37°,3.

Le 20, érythème diffus sur les deux membres inférieurs, la région lombaire des deux côtés. Nouveaux placards sur la face antérie uredu tho-

rax (grand placard à contours irréguliers).

Éléments nouveaux confluents mais isolés sur la partie latérale du thorax jusqu'à l'épaule, à la partie postérieure du cou, le dos des pieds, 2 à 3 éléments sur la face. Les éléments des avant-bras tendent à former des placards.

Les placards anciens restent érythémateux sans relief mais prennent

une teinte saumonée.

Les nouveaux éléments d'un rose vif présentent un certain degré d'infiltration et de relief. Nulle part on ne note de vésiculation ni de desquamation.

Temp. 37°,2. Prurit intense.

Le 21, l'éruption est presque généralisée : elle atteint aujourd'hui le dos des mains, le dos des pieds, la face.

Sur ces points, les lésions récentes prennent l'aspect de petites papules, très faiblement saillantes, reposant sur le fond général d'un rose vif.

Les placards les plus anciens (lombes), restent absolument sans relief et ont pris une coloration saumonée.

Sur la partie droite du thorax l'éruption a pris le caractère papuleux ou mieux, érythémato-papuleux.

État général très bon, sauf le prurit qui détermine de l'insomnie.

Le 23, l'éruption pâlit au niveau des placards anciens (cuisses, avantbras, lombes) et même des autres plus récents (thorax); l'érythème prend une teinte jaunâtre, sur les cuisses et le thorax, on note un grand nombre d'é

élé

lér

d'l

du

foi

pa

el

a

d

fı

p

d'éléments un peu saillants, arrondis donnant un peu l'impression de éléments de la rougeole.

Le prurit est également bien moindre à ce niveau. Sur le dos des pieds et des mains tout a pâli également (fond érythémateux, aussi bien qu'éléments papuleux).

Sur quelques points (dos des avant-bras, abdomen), on note aujourd'hui 15 à 20 éléments nouveaux; ces éléments forment des papules rouges du volume d'un grain de mil à base indurée, à sommet acuminé et présentant une vésico-pustule à poil central. C'est donc pour la première fois que nous notons un début de vésiculation.

La malade se plaint d'avoir la bouche en feu, la langue est un peu rouge, pas d'érythème net des lèvres ou de la face interne des joues.

Le 25, on note au niveau de la face antérieure des coudes, sur les deux fesses, la région lombaire une desquamation furfuracée; de plus, la rainure interfessière est le siège d'un suintement léger.

Dans les autres points, au cou, à la face antérieure du thorax, la desquamation est très peu marquée.

L'éruption primitive a partout pâli; au niveau des fesses et des lombes elle a perdu sa rougeur scarlatiniforme.

On ne note pas d'éléments éruptifs nouveaux.

Le prurit persiste mais notablement calmé.

Le 26, la desquamation a augmenté, depuis hier elle est particulièrement profuse sur la région lombaire et les fesses : entre les fesses suintement abondant.

La desquamation occupe encore la partie latérale droite du thorax, les deux avant-bras, la face antérieure du thorax et l'abdomen : elle est fur-furacée, toutes petites squames, sèches, sans aucun suintement.

L'éruption elle-même est très pâlie, il ne s'est pas développé de nouvelles papules.

On note sur le pied droit et sur le dos du pied gauche, 8 ou 9 éléments absolument pustuleux, résultant nettement d'inoculations parties évidemment de l'ulcère de la jambe droite, mais qui n'ont aucun rapport avec l'éruption actuelle.

L'ulcère lui-même est bourgeonnant, rouge, en bonne voie, la zone eczémateuse enflammée périphérique est encore rouge intense, un peu suintante; toutefois les applications journalières de cataplasmes de fécule ont calmé les phénomènes inflammatoires provoqués par les applications médicamenteuses antérieures.

Le prurit a beaucoup diminué, l'état général est excellent.

Le 28, la desquamation s'accentue et se généralise en restant furfuracée.

Le 30, plus de rougeur nette, desquamation persistante. La malade n'a eu à aucun moment le goût d'iodoforme dans la bouche.

Observation II. — L..., 29 ans, marchand forain, salle St-Louis, nº 14. Antécédents héréditaires. — Père et mère bien portants.

Antécédents personnels. — Il n'a jamais été malade étant jeune ; il y a 10 ans, il contracta une blennorrhagie qui a suivi son cours normal. Syphilis l'année suivante pour laquelle il a suivi assez régulièrement un traitement pendant 3 ans.

Blennorrhagie il y a deux ans.

Le 29 octobre 1892, le malade se présente à la consultation externe de l'hôpital St-Louis pour deux chancres simples siégeant sur la face supérieure du prépuce.

Pansement au calomel. Disparition presque complète des accidents au bout de quelques jours. Le 12 novembre, le malade croyant hâter la guérison de ses chancres, les saupoudre avec la poudre d'iodoforme.

Une demi-heure après le malade sent déjà, raconte-t-il, des démangeaisons à la verge, puis le prépuce augmente de volume et au bout de 6 heures le prurit gagne toute la verge ainsi que les testicules, en même temps qu'apparaissent quelques taches rougeâtres.

Le 13, le malade revient à la consultation présentant les accidents suivants :

Plus de taches rougeâtres, mais une éruption généralisée intéressant la moitié de la verge et le scrotum; les lésions sont prurigineuses, le malade se plaint de fièvre, de prurit sur diverses parties du corps, particulièrement sur la face interne des cuisses, sans qu'on puisse y découvrir encore aucun élément érythémateux.

A la verge l'éruption est purement cutanée, la muqueuse est indemne. L'éruption présente les caractères suivants :

Coloration rouge, cramoisie, érysipélatiforme de la moitié antérieure du fourreau de la verge et du scrotum; un liquide clair, alcalin, sourd abondamment par petites gouttes miliaires sur toutes les surfaces érythémateuses, au point d'humecter très fortement la chemise du malade; la peau

de la région est tuméfiée, œdémateuse. Rien sur le corps.

Le 14. On constate sur le bas-ventre, la face interne des cuisses, des taches presque régulièrement arrondies du diamètre d'une lentille, prurigineuses, d'une couleur rougeâtre; absence de vésiculation ou de pustulation.

La verge et le scrotum présentent le même aspect que la veille. Toute la face inférieure de la verge en contact avec le scrotum est devenue érythémateuse, suintante.

Le malade ne peut dormir, se plaint de frissons. Temp. 37°,7. Traitement : bains d'amidon. Poudre d'amidon.

Le 15. L'éruption s'étend à la partie latérale droite du thorax, aux fesses et au dos sous forme d'éléments isolés, ayant les mêmes caractères (couleur, prurit) que ceux qui siègent sur le bas ventre.

Le 16. Le prurit est moins intense, le suintement du placard érythémateux du scrotum et de la verge a disparu et sa couleur tend à devenir saumonée.

L'éruption du bas-ventre pâlit, le prurit est devenu moins intense.

Sur l'avant-bras face palmaire et la face dorsale de la main, du côté gauche, on constate quelques taches érythémateuses de dimensions variables, isolées, légèrement prurigineuses.

Temp. 37º,4, Même traitement que les jours précédents.

Les 17, 18, 19 novembre. Il ne se produit aucune nouvelle manifestation érythémateuse; les placards primitifs perdent de plus en plus leur intensité de coloration; un commencement de desquamation se manifeste, le prurit a presque complètement disparu.

01

f

Le 20. La desquamation a augmenté, elle est furfuracée, l'éruption a considérablement pâli.

Le malade sort de l'hôpital.

OBSERVATION III. — C. L..., 27 ans, emballeur, salle St-Louis, nº 32.

Antécédents héréditaires. — Parents bien portants habituellement, deux frères et une sœur vivants.

Antécédents personnels. — Bonne santé habituelle, pas de maladie étant enfant, néanmoins aspect peu robuste; à la joue gauche cicatrice provenant de la morsure d'un chien; surdité complète de l'oreille droite à la suite d'un coup de revolver que le malade se serait tiré.

A la fin du mois d'octobre 1892, le malade contracte un chancre mou

siégeant exactement au méat.

Le malade continue à travailler sans faire aucun traitement d'une façon suivie; un bubon suppuré de l'aine droite survenu quelque temps après, décide le malade à entrer à l'hôpital du Midi le 23 décembre.

Le 26, on pratique l'ouverture du bubon.

Pansement à la gaze iodoformée aussitôt après l'opération. Pas de fièvre.

Le 27, rien de particulier.

Le 28, le malade se plaint de démangeaisons assez vives siégeant au niveau de la partie pansée, sans toutefois qu'elles acquièrent une grande intensité dans la journée.

Le 29, le prurit devient intense, le malade a mal dormi, il se plaint de frissons.

Le 30, insomnie presque complète, le prurit est intolérable, les cuisses particulièrement la face interne, le bas-ventre, le dos, les mains sont également le siège d'un léger prurit.

Le 31, après une nuit de complète insomnie par suite de démangeaisons très vives au niveau du pansement et sur presque toutes les parties du corps, le pansement est défait; au dire du malade un large placard érythémateux occupait alors tout le pli de l'aine; sur les bords, par flots, des placards plus petits laissant entre eux des intervalles de peau saine.

On refait le pansement avec de la poudre d'iodoforme.

Le prurit continu. Le 1er janvier on enlève le pansement et la poudre d'iodoforme et on pratique le lavage des parties érythémateuses avec de l'eau boriquée, lavages qui sont continués le 2 et le 3 janvier; on applique en outre de la poudre d'amidon.

Le 4 janvier le malade sort ; de ce jour jusqu'au 10 le malade ne suit au-

cun traitement, sauf 3 bains sulfureux.

Le 10, il se présente à la consultation de l'hôpital St-Louis avec les accidents suivants :

Une éruption rouge cramoisi occupe l'aine droite, la face antérieure et la face interne de la cuisse du même côté, la cuisse gauche, sur sa face interne, le bas-ventre, à droite, jusqu'à quelques centimètres de l'ombilic. La verge, les testicules sont également touchés.

L'éruption est confluente, sous forme de vastes placards à contours irréguliers; la couleur disparaît en partie seulement à la pression. Le tronc, le dos dans la région lombaire, la face postérieure de la cuisse droite, les fesses, les avant-bras présentent des taches d'un rouge vif de dimensions très variables, presque régulièrement arrondies du diamètre d'une lentille, laissant entre elles de larges surfaces de peau saine.

Pas de vésiculation, ni de pustulation. Ces vastes placards et ces taches sont le siège d'un prurit intense, le malade ne peut dormir. T. 37°,5.

Le 11, l'éruption a considérablement pâli elle reste néanmoins d'une couleur rouge assez foncée ; les taches érythémateuses du ventre se sont élargies formant de larges placards sans interstice de peau saine. Ce n'est qu'à leur périphérie qu'on constate des alternances de peau saine et de petites taches rosées couleur saumon qui sont apparues depuis la veille et dont la couleur plus fraîche tranche sur la couleur plus foncée des plaques primitives devenues confluentes.

Sur la face interne des deux cuisses de nouvelles plaques érythémateuses se sont développées.

Cà et là sur les deux jambes apparaissent quelques points rougeâtres et toujours le prurit accompagne ces éléments nouvellement formés. T. 37°,7.

Le 12, à la partie droite du thorax se montre une tendance des plaques à s'étendre en placards ; même phénomène sur les avant-bras.

Sur le dos des pieds et des mains quelques taches rosées ainsi que sur l'aile droite du nez.

Les larges placards du début ont considérablement pâli. Le prurit y est moins intense. T. 37°.5.

Le 13. La partie droite du thorax, les avant-bras présentent des plaques érythémateuses confluentes, le biceps, la partie supérieure du tronc, le lobule de l'oreille gauche présentent de petits points rougeâtres, punctiformes, prurigineux. Partout ailleurs le prurit est moins intense.

Le 14. L'éruption n'a pas fait de progrès, elle atteint sa plus grande intensité actuellement aux avant-bras. On sent dans la région axillaire quelques ganglions.

La desquamation commence au niveau des cuisses, dans l'aine, sur le ventre. Le sommeil est en partie revenu. T. 37°,4.

Du 15 au 19. Pas d'éléments nouveaux, le prurit diminue de plus en plus d'intensité, partout la desquamation s'accentue, sauf au niveau des avantbras, où l'éruption a néanmoins pâli. T. 37°,2.

La malade sort sur sa demande le 19 janvier.

Restent à expliquer les causes de ces intoxications.

On ne peut dans ces trois cas les attribuer à une impureté de l'iodoforme pas plus qu'à un emploi trop large de ce médicament. L'iodoforme est journellement employé à doses massives, les accidents sont d'une extrême rareté.

Harnack (1) et J. Gründler admettent que l'intoxication par l'iodoforme dépend essentiellement de la forme sous laquelle l'iode résultant de son dédoublement, se trouve absorbé par l'économie.

(1) HARNACK et GRUNDLER. Ueber die Form. des Iod. ausschiedung in Harn nach der Anwendung von Iodoform. Berl. klin. Wochenschriff, no 47, p. 723, 1883.

On n'observe d'intoxication qu'autant que l'iode forme des combinaisons organiques au point d'application, combinaisons qui, entraînées dans l'organisme, y produiraient les accidents que l'on sait.

A l'appui de cette théorie, ces auteurs citent trois cas d'empoisonnement dans lesquels la réaction de l'iode de l'urine resta négative

tandis que celle des cendres fut manifeste.

Chez 19 individus, J. Gründler (1) à la suite de l'emploi de l'iodoforme dans diverses régions du corps sans accidents, n'a jamais trouvé que la réaction des cendres de l'urine fût plus intense comme coloration que celle de l'urine elle-même, tandis que lorsqu'il lui a été donné de constater des signes d'intoxication iodoformique la réaction des cendres était plus nette que celle de l'urine. Les iodures administrés à l'intérieur sont éliminés sous cette forme sans former de combinaisons organiques, sauf peut-être dans l'iodisme.

L'élimination de l'iode après l'emploi de l'iodoforme est très irré-

gulière et parfois considérable.

Ils ont trouvé ainsi 0,2355 — 0,2660 — 0,3600 d'iodure de potas-

sium par litre à la suite de l'emploi de l'iodoforme.

Dans le cas qu'il nous a été donné de suivre (il s'agit du malade qui fait le sujet de l'observation III), l'analyse des urines quant à l'élimination de l'iode a été faite pendant les 9 jours de son séjour à l'hôpital Saint-Louis.

Il avait été pansé à la gaze iodoformée le 27 décembre 1892, une application de poudre d'iodoforme avait été faite le 31 décembre.

Les urines sur lesquelles ont porté l'analyse n'ont été recueillies qu'à partir du 9 janvier 1893, date de son entrée dans le service de M. le professeur Fournier.

PAR 24 AVANT	É D'IODE HEURES APRÈS INATION	JANVIER		VOLUME	IODE AVANT LA CALCINATION POUR 0/00	IEDE APRÈS LA CALCINATION POUR 0/00	RAPPORT ENTRE LES POIDS D'IODE TROUVÉS AVANT ET APRÈS LA CALCINATION
))	0.0254	du 10 au	11	1650ee	traces	0.00385	))
n	0.0178	11	12	1090	traces	0.00409	n
0.0410	0.0988	12	13	1070	0.0196	0.0231	41.5 0/0
0.2063	0.3232	13	14	1340	0.0385	0.0603	63.8 D
0.0970	0.1429	14	15	1060	0.0231	0.0337	68.5 n
0.0369	0.0739	15	16	1200	0.0077	0.0104	50 »
0.1512	0.2427	16	17	1970	0.0192	0.0308	62.3 »
0.1195	0.1353	17	18	1410	0.0212	0.0240	88.3 m
0.0857	0.1216	18	19	1600	0.0134	0.0190	70.5 »

J. Grundler. Ueber die Form der ausschiedung des iodes In menschlichen Harn nach äusserlicher Anwendung der Iodoform. Halle, n. s, 1883.

L'inspection du tableau montre que 10 jours après toute application d'iodoforme la réaction de l'iode dans les urines par le procédé classique (acide azotique nitreux et sulfure de carbone ou chloroforme) était très faible; on pouvait alors supposer que vu les doses peu considérables d'iode absorbé, l'organisme n'en retenait plus qu'une infime proportion. Ce qui était vraisemblable. Mais le 12 janvier, l'éruption présentant de nouveaux foyers, la réaction de l'iode dans les urines devient intense pour aller en s'accentuant comme coloration jusqu'au jour de la sortie du malade le 19 janvier.

Fallait-il conclure pour ces deux jours comme Harnack et Gründler (1) que tout l'iode se trouvant à l'état de combinaison organique les procédés de recherche ordinaire étaient insuffisants? Après avoir calciné un volume déterminé d'urines et repris le résidu par une quantité d'eau distillée équivalente au volume primitif, la réaction de l'iode fut plus nette il est vrai, sans atteindre toutefois comme intensité de coloration celle que nous donnait l'urine brute du 3° jour.

Nous avons alors pratiqué tous les jours le dosage de l'iode dans les urines avant et après calcination, trouvant toujours dans ce dernier cas des chiffres plus forts qu'en opérant sur l'urine brute.

Nous reviendrons tout à l'heure sur la technique employée.

Ce qui ressort de nos recherches, c'est que pendant les 2 premiers jours presque tout l'iode se trouvait dans l'urine à l'état de combinaison organique, mais en quantité très faible.

Que, à partir du 3° jour, l'iode s'est trouvé éliminé à l'état d'iodure métallique et d'iodure en combinaison organique. Le rapport entre les deux formes de combinaison de l'iode allait en augmentant, c'està-dire que presque tout l'iode tendait à s'éliminer à l'état d'iodure.

Comme MM. Harnack et Gründler nous dirons: Il se produit des phénomènes d'intoxication iodoformique quant l'iode formant des combinaisons organiques dans l'économie, probablement au point d'absorption, reste dans l'organisme, ou n'est éliminé que sous cette forme; mais nous ajouterons aussi quand son élimination, ainsi que le montre l'analyse des deux premiers jours, est entravée. Les phénomènes d'intoxication disparaissent quand l'iode tend à s'éliminer à l'état d'iodure. La décharge en iode de l'organisme ne semble s'être faite dans le cas présent qu'au bout de 13 jours.

Technique. — Nous avons eu recours dans nos dosages au procédé suivant :

Titrage de l'iode par les vapeurs nitreuses et le sulfure de carbone.

Ce procédé exige les solutions types suivantes :

- a) Iodure de potassium, environ 5 gr. par litre environ.
- (1) HARNACK et GRUNDLER. Loc. cit.

b

C

e

1 c

lio

mu bor

(

dép

dar

mê

l'oi

sul

de

der

un

dél

cou

tie

ait

sul

COI

ľu

l'u

ag

sol

tra

ca

va

I

1

- b) Hyposulfate de soude, 12,40 par litre environ.
- c) Nitrite de soude en solution.

d) Sulfure de carbone pur.

e) Solution de bicarbonate de soude, 5 gr. par litre; on ajoute

1 c. c. d'acide chlorhydrique.

On fixe d'abord la force de la solution d'hyposulfite par rapport à l'iode. On met 50 c.c. de la solution d'iodure dans un flacon de 500 c.c. muni d'un bouchon, puis 150 c.c. d'eau, puis 20 c.c. de sulfure de carbone, puis de l'acide sulfurique et enfin quelques gouttes de la solution de nitrite de soude.

On ferme le flacon, on agite vivement ce mélange, puis on laisse déposer le sulfure de carbone et l'on verse le liquide clair qui surnage dans un autre flacon.

A 3 ou 4 reprises on traite le sulfure de carbone par l'eau de la même façon pour enlever l'acide aussi complètement que possible et l'on recueille les eaux de lavage dans un flacon. On ajoute 10 c. c. de sulfure de carbone aux eaux de lavages. On agite bien et si le sulfure de carbone se colore tant soit peu, on renouvelle le lavage comme précédemment.

Finalement, les deux quantités de sulfure de carbone sont versées sur un filtre mouillé, lavées et jusqu'à ce que ce sulfure soit entièrement débarrassé d'acide libre. Après quoi on perce le filtre et l'on fait couler dans un petit flacon bien propre le sulfure de carbone qui contient tout l'iode on solution; on ajoute 30 c. c. de la solution de bicarbonate de soude, puis on porte le mélange sous la burette d'hyposultite, on laisse couler cette solution jusqu'à ce que la coloration violette ait disparu.

On agite le mélange pendant cet écoulement. La quantité d'hyposulfite ainsi employée représente le poids d'iode contenu dans 50 c.c. de la solution type d'iodure de potassium, elle peut servir de base pour connaître le poids d'iode que renferme une solution de même espèce, l'urine dans le cas qui nous occupe. Il faut alors traiter plusieurs fois l'urine par la sulfure de carbone jusqu'à ce qu'il ne se colore plus et agiter vivement.

Pour titrer des solutions très faibles en iode on se sert des mêmes solutions encore plus diluées.

Pour ce qui est de la calcination, on traite l'urine par un excès de carbonate de soude, on évapore à siccité et on calcine. Les cendres sont traitées par l'eau bouillante, on filtre, le résidu est calciné encore avec carbonate de soude et repris par l'eau.

On réunit les liquides filtrés et on opère comme il est dit plus haut.

M. A. Fournier. — Deux faits me paraissent ressortir de cette observation (observ. III): 1º qu'il ne s'agit pas d'une éruption due à une irritation locale par l'iodoforme, mais bien d'une véritable intoxication, l'éruption ayant persisté bien après la cessation de la cause; 20 la difficulté du diagnostic chez ce malade. Il avait des chancres simples de la verge; en présence de cette rougeur avec tuméfaction de la verge on aurait pu croire soit à une lymphangite des plus intenses, ou encore à une balanoposthite provoquée par un chancre mou sous-préputial, menaçante avec indication de fendre le prépuce pour éviter la gangrène. Enfin je ferai remarquer la coloration rouge foncé, cramoisie, de l'éruption dans les aines; on peut la comparer aux rashs de la variole; aussi j'emploierais volontiers dans ce cas l'expression de rashs iodoformiques.

## Sur un cas d'œdème chronique d'origine ortiée.

Par M. HALLOPEAU.

On connaît une forme œdémateuse d'urticaire aiguë; la tuméfaction qui la caractérise disparaît au bout de peu de jours; il n'en a pas été ainsi chez la malade que nous avons l'honneur de vous présenter.

\* Antécédents héréditaires. — Le père a succombé à une tuberculose pulmonaire à l'âge de 36 ans, ainsi qu'un frère et une sœur de 18 ans; une autre sœur est morte en bas âge, de méningite.

M..., âgée de 23 ans, cravatière, entre le 19 novembre 1892, salle Lugol, lit nº 10.

Antécédents personnels. — Exempte de toute affection au cours de son enfance, la malade est réglée depuis l'âge de 14 ans d'une façon irrégulière et peu abondante. A 16 ans, une fièvre typhoïde grave, laisse à sa suite un léger œdème des membres inférieurs qui ne disparaît complètement qu'au bout de 2 ans. A dater de cette époque, se produit presque chaque année, durant une dizaine de jours, une poussée d'urticaire indépendante de l'alimentation et dont la disparition s'accompagne plusieurs fois d'une épistaxis abondante.

La malade a toujours été d'un embonpoint très développé; elle est cependant assez débile, d'appétit médiocre et irrégulier; elle contracte fréquemment des bronchites; une des dernières, survenue il y a un an, aurait provoqué plusieurs crachats sanguinolents, apparemment d'origine buccale ou pharyngée étant donné l'état général de la malade et les signes absolument négatifs fournis pour l'exploration thoracique.

Il y a 15 mois, les forces commencent à diminuer notablement en même temps que se manifeste, consécutivement aux poussées ortiées, un œdème persistant; la moindre fatigue, une marche un peu rapide, l'ascension d'un escalier mettent la malade hors d'haleine. Au bout de six semaines environ, elle constate un matin au réveil après une poussée d'urticaire que son front et ses paupières sont le siège d'une tuméfaction considérable à peu près aussi développée qu'elle l'est actuellement. Sur les entrefaites surviennent, à intervalles d'un mois, de nouvelles poussées urticariennes, sur la face, le tronc et les membres. Chacune d'elles provoque une exagé-

ra

qu

tio

àd

suc

mi

il y

jou tan I titu

1

interes

cel

nua

lieu A

mer A

néa

fact

bres

L

E

kelo

sur

déce

sive

pres

mal.

ville

anér

est

quer

gros

corp

sez

ration du gonflement de la face surtout des paupières gauches, au point que l'œil correspondant se trouve à peu près complètement fermé.

L'accès d'urticaire disparu, le gonflement de la face reprend ses proportions primitives, mais, fait remarquable, depuis cette époque, il reste sujet à des paroxysmes extrêmement irréguliers dans leur évolution qui, tantôt se succèdent coup sur coup, tantôt laissent entre eux des périodes d'accalmie de plusieurs semaines.

Une congestion pulmonaire avec dyspnée et point de côté a été traitée il y a 2 mois, par un vésicatoire dont on retrouve les vestiges sur la base gauche, en arrière. Son évolution, qui a duré en moyenne un dizaine de jours, ne s'est accompagnée d'aucune modification des symptômes préexistants.

Leur persistance en dépit d'un traitement par le fer et les douches, institué depuis près d'un an, décide la malade à se présenter à l'hôpital.

A l'examen, le lendemain de l'entrée, on voit que la tuméfaction faciale intéresse le front sur toute son étendue, les tempes et surtout les paupières, plus particulièrement les paupières inférieures. Sa limite inférieure, très nettement arrêtée, est marquée par un bourrelet saillant, identique à celui de l'érysipèle; il suit, de chaque côté, le bord inférieur de l'orbite en décrivant une courbe à convexité inférieure, pour se perdre en s'atténuant graduellement en dedans, sur la racine du nez, en dehors, au milieu de la région malaire.

Au niveau des parties envahies, les téguments sont faiblement pigmentés en brun jaunâtre. Le doigt y laisse une légère empreinte très fugace.

Aucun phénomène douloureux local n'accompagne ces lésions; il existe néanmoins une vague sensation de lourdeur dans la zone frontale, un peu plus accusée au moment des poussées paroxystiques que subit la tuméfaction.

Les autres régions du corps, le cou et surtout les extrémités des membres, sont considérablement augmentés de volume.

Le tissu sous-cutané y est très épaissi, rénitent, mais ne conserve qu'assez difficilement l'impression du doigt.

En fait de lésions accessoires, on distingue une douzaine de tumeurs kéloïdiennes, blanchâtres, de 4 à 5 centim. de surface, qui s'échelonnent sur tout le pourtour de la ceinture. Nulle part ailleurs il n'est possible de découvrir la moindre altération du même ordre et leur localisation exclusive en cette région est attribuable, suivant toute vraisemblance, à la pression exagérée du corset.

La bouche, les lèvres, les gencives, le pharynx, n'offrent rien d'anormal. Les viscères ne présentent également aucune lésion organique appréciable. L'analyse des urines, répétée à plusieurs reprises tant en ville qu'à l'hôpital, n'y décèle ni albuminurie, ni glycosurie.

Les seuls symptômes anormaux consistent en la présence de souffles anémiques à la région précordiale et dans les vaisseaux du cou; l'appétit est presque nul, surtout depuis une quinzaine de jours. Les règles manquent depuis le mois d'août, sans que rien permette d'incriminer une grossesse. Une particularité assez importante dans l'espèce mérite d'être mentionnée, c'est la difficulté que l'on éprouve à percevoir la présence du corps thyroïde.

Le 20 novembre dans la soirée, une éruption urticarienne, encore appréciable le lendemain matin recouvre la cuisse gauche et la moitié attenante de la paroi abdominale et, comme précédemment, provoque du côté de la face, une exagération sensible de la tuméfaction.

5 janvier. On retrouve au cœur les souffles anémiques déjà constatés au moment de l'entrée à l'hôpital. La pression du stéthoscope laisse sur la région précordiale une empreinte profonde très persistante, et sa durée atteint près d'un quart d'heure.

L'examen des fosses nasales et des sinus maxillaires dénote leur intégrité parfaite et élimine l'hypothèse d'un œdème facial sous la dépendance d'une rhinite chronique.

Il n'existe ni anesthésie, ni analgésie ou thermanesthésie; la sensibilité est conservée dans tous ses modes. La menstruation est toujours suspendue et la malade, aussi anémiée que précédemment, se plaint d'insomnie et de ne pouvoir dormir qu'une heure ou deux par nuit.

31 janvier. 1<sup>re</sup> injection de suc thyroïdien pratiquée dans l'hypothèse d'un myœdème possible.

Des injections de suc thyroïdien préparé par M. Delpech sont pratiquées régulièrement deux fois par semaine, à partir du 31 janvier, aux doses d'abord de 3 c. c. 5, puis de 4 et de 5 c. c.

Le 15 février, l'état de la malade ne paraît nullement modifié.

Quelle peut être la cause de cette tuméfaction œdémateuse persistante et généralisée des téguments?

L'hypothèse d'une cause locale, émise par un dermatologue étranger au service, n'est pas soutenable, puisque toute la surface tégumentaire semble intéressée. M. Potiquet a d'ailleurs constaté l'intégrité des fosses nasales et du pharynx nasal, et il n'y a aucun signe de lésion du sinus maxillaire.

La maladie avec laquelle cet œdème paraît au premier abord, si l'on fait abstraction des antécédents, pourrait être rattaché avec le plus de vraisemblance, est le myxœdème. On peut noter, comme caractères communs l'intensité, la persistance et la généralisation probable de la tuméfaction, la résistance qu'elle oppose à la pression du doigt, la difficulté que l'on éprouve à y produire une dépression en godet que l'on ne peut obtenir que très superficielle, passagère et qui n'est nullement en rapport avec l'intensité de la tuméfaction; la diminution des forces de la malade et la difficulté que l'on éprouve à sentir le corps thyroïde, peuvent encore être invoqués en faveur de ce diagnostic. Il en est de même de l'aspect de la face qui est celui d'une pleine lune avec une expression un peu ahurie. Mais néanmoins, il y a de telles dissemblances que nous ne pouvons nous arrêter à ce diagnostic, même supposant une forme fruste, atténuée de la maladie : l'aspect du tégument en particulier diffère de celui que l'on observe dans le myxœdème. Nulle part on ne peut constater la teinte cireuse porcelainique non plus que la sécheresse et la rugosité des téguments, enfin et surtout

l

d

d

n

tu

ď

la

de

et

ra dı

de

de

Su

No

que

I

la p

per

dan

ster

trai

du t

à ce

rabl

le di

É

les troubles de l'intelligence et de la motilité font complètement défaut.

Nous avons néanmoins tenté, dans cette hypothèse, des injections de suc thyroïdien elles n'ont donné que des résultats purement négatifs.

Nous trouvons ailleurs l'explication de cet œdème chronique.

Nous avons vu que la malade est sujette depuis sept ans à des poussées d'urticaire généralisées; elle assure que chacune d'elles a été suivie d'une tuméfaction persistante, d'une exagération de celle qui existait déjà et nous avons pu vérifier au mois de novembre l'exactitude de cette assertion; nous pouvons donc admettre qu'il s'agit d'une urticaire œdémateuse avec cette remarquable particularité que la tuméfaction, au lieu d'être passagère et localisée, comme il a été de règle dans les cas d'œdème ortié connus jusqu'ici, est persistante et généralisée.

L'histoire de cette malade montre donc que l'urticaire peut laisser à sa suite une tuméfaction ædémateuse généralisée du tégument externe, que cette tuméfaction peut devenir persistante, qu'elle rappelle par sa dureté et sa résistance à la pression du doigt celle du myxædème dont elle diffère par l'absence d'aspect porcelainé de sécheresse et de rugosité de la peau, ainsi que par l'intégrité des fonctions psychiques.

#### Sur un cas de lipomes multiples simulant des tumeurs de la parotide et du corps thyroïde.

Par MM. HALLOPEAU et JEANSELME.

Les observations de *lipomes multiples* ne sont pas exceptionnelles. Nous en avons actuellement sous les yeux un cas qui présente quelques particularités cliniques intéressantes à signaler.

Il s'agit d'un homme de constitution robuste, âgé de 48 ans, qui exerce la profession de facteur. Il a été atteint, il y a six ans, d'une pneumonie qui dura trois semaines. Vers le milieu du mois de novembre dernier, il perdit l'appétit et eut une jaunisse qui persista une dizaine de jours. Pendant que le malade était alité, apparut à la base du cou, au-dessus du sternum, une tuméfaction circonscrite. Quelques jours plus tard, le médecin traitant constata deux saillies analogues à la partie inférieure et externe du thorax.

État actuel. — Le visage du malade offre un aspect étrange, ce qui tient à ce que les deux régions parotidiennes font en dehors un relief considérable. Il en résulte une largeur exagérée de la face. Ce semble être, d'après le dire du malade, l'exagération de sa conformation naturelle. La palpation, faite au niveau des saillies rétro-maxillaires, donne la sensation d'un corps

mou, non fluctuant, qui semble constitué par la parotide. Sous les angles maxillaires et dans toute la région cervicale, le doigt perçoit de petites masses qu'on prendrait facilement pour des ganglions, mais qui présentent une consistance mollasse et sont probablement formées par des pelotons graisseux. A la base du cou, existe une masse de consistance lipomateuse, siégeant dans le tissu cellulaire superficiel, large de 8 centim., haut de 3 centim., échancrée à sa partie médiane de manière à représenter un croissant à convexité dirigée en bas. Cette disposition fait immédiatement penser à l'existence d'un goitre, mais la consistance de la tumeur, sa situation superficielle, son immobilité dans les mouvements de déglutition font rejeter cette hypothèse et admettre l'existence d'une tumeur pré-thyroïdienne. Au-dessus du rebord costal, de chaque côté de l'appendice xiphoïde, on observe deux saillies disposées symétriquement, offrant la forme, le volume et la consistance de mamelles de volume moyen.

Le malade présente un léger degré de cyanose, appréciable surtout au niveau des lèvres. Les veines sous-cutanées du thorax sont dilatées. L'exploration ne révèle aucun trouble cardiaque; on doit soupçonner l'existence de tumeurs du médiastin dont on ne trouve d'ailleurs aucun signe physique.

Les caractères cliniques, et particulièrement la consistance des tumeurs, nous avaient conduit à penser qu'il s'agissait de lipomes : une biopsie nous a permis de confirmer ce diagnostic.

Nous relèverons dans cette observation, le développement rapide de lipomes multiples et volumineux dans le cours d'une maladie aiguë, leur disposition symétrique dans les régions parotidiennes sous-maxillaires, thyroïdienne et sous-mammaires, et enfin, les grandes ressemblances qu'ils ont offert, au point de vue clinique, avec des néoplasies parotidiennes et thyroïdiennes.

M. MATHIEU. — On ne trouve pas chez ce malade les antécédents arthritiques ou neuropathiques que l'on observe habituellement chez les malades de ce genre, et que M. Desnos, entre autres, a signalés chez tous les malades vus par lui. J'ai rapporté deux cas de pseudo-lipomes des membres inférieurs chez des personnes atteintes de sciatique double qui sont tout à fait en faveur de la nature neuropathique de ces lésions. Ces faits de lipomes ou de pseudo-lipomes symétriques rentrent dans la catégorie de certains œdèmes et de certaines formes de purpura et peuvent être considérés comme les formes chroniques d'un même état d'angioneurose.

#### Dermatite exfoliatrice. Mort subite.

Par M. JUHEL-RÉNOY. Observation lue par M. Brocq.

Le 5 janvier 1893, entre au pavillon d'isolement des scarlatineux une femme Marie C..., âgée de 21 ans, dans un état d'hébétude intellectuelle a

ta

d

m

Ci

V

el

de

17

aj

ti

ra

se

re

qu

pr

én

Ni

ge

5 (

il

do

rei

ni

lan

tou

de

assez grand pour qu'il soit difficile d'obtenir d'elle des détails circonstanciés sur sa maladie. Cependant, dans les jours suivants nous apprenons d'elle que le 12 décembre 1892, elle fut prise de mal de gorge, de céphalée, d'un grand dégoût des aliments accompagné de constipation. Elle fit mander un médecin qui dès cette époque porta le diagnostic de scarlatine, car le même jour une éruption généralisée s'était montrée.

Figure et corps étaient très rouges, dit-elle. Malgré tout elle continua à vaquer à ses occupations de ménagère. Le 28 décembre, toujours d'après elle, un gonflement des paupières. des mains et des membres inférieurs, s'étant déclaré, elle fit de nouveau chercher le médecin, qui toujours la déclarant atteinte de scarlatine, insista pour qu'elle se décidât à entrer à l'hôpital. Elle attendit encore une semaine et le 5 janvier, soit 25 jours

après le début de sa maladie, elle entre à Aubervilliers.

5 janvier. État actuel. — L'examen le plus superficiel permet d'affirmer que c'est par erreur que la malade a été admise au pavillon de la scarlatine, elle est aussitôt transportée dans une chambre d'isolement où nous nous décidons à la garder, tant à cause de l'intérêt de sa maladie, qu'en raison de la possibilité où elle est d'avoir été contagionnée pendant son

séjour de 24 heures, dans la salle des scarlatineuses.

Enurrion. — Face. Rougeur générale, d'aspect érysipélateux, lisse; il semble que la peau est tendue, comme craquelée. Cet aspect vernisé est rendu plus évident par de larges traînées épidermiques, qui surtout au niveau des orifices (nez, bouche) prennent l'apparence de véritables craquelures. Ces grandes squames sont très adhérentes, et ce n'est qu'au prix d'une douleur assez vive qu'on peut les détacher.

Tronc. Depuis le cou jusqu'au nombril existe une desquamation par énormes lamelles rappelant celles des scarlatines très intenses; aux bras, probablement en raison du grattage, excoriations nombreuses dont quelques-unes ont dû suinter, car elles sont recouvertes de croûtes brunâtres.

Nulle part n'existe aucun élément éruptif (vésicule, bulle, etc.).

Membres inférieurs. — A partir du bas-ventre et jusqu'aux chevilles, rougeur vineuse. Le signe de Borsieni (raie unguéale) est très net, et durant 5 ou 6 minutes persiste. Œdème appréciable. Ni aux mains, ni aux pieds il n'y a de desquamation, et c'est un nouveau motif pour lever tous les doutes, puisqu'au 25° jour d'une soi-disant scarlatine, il n'y a pas apparence d'un commencement de desquamation. Aucune alteration des ongles, ni des poils.

Muqueuse. — Bouche. Langue rouge, vernissée rappelant tout à fait la langue scarlatineuse.

Le pharynx et les amygdales sont le siège d'une même coloration, et toutes ces parties sont sèches; d'ailleurs la malade accuse une soif intense.

La muqueuse conjonctivale est très rouge et à cause de l'état de tension de la peau de la face existe un peu de double ectropion.

La muqueuse vaginale est le siège de végétations d'apparence polypiforme, il faut noter que pour la première fois la malade est *enceinte* de 4 mois.

Diagnostic : dermatite exfoliatrice généralisée, chez une femme grosse.

Le 6 janvier. Même état local, mais l'état général est plus sérieux. La malade est plus abattue, la langue est plus sèche, la température plus élevée, 38°,6. Aucune complication cardiaque, pulmonaire ni rénale (absence d'albumine, de sucre, etc.).

La malade est soumise au régime lacté absolu et on prescrit 0,05 cent. d'opium.

Le 7, la température atteignait 40°. Il est décidé qu'un enveloppement total sera fait tant pour soulager la malade des vives démangeaisons qu'elle éprouve que pour essayer de modérer la desquamation qui s'accentue à un tel point que le lit est rempli de débris épidermiques.

En conséquence, le corps est enduit dans sa totalité de vaseline, puis les membres sont roulés dans des feuilles d'ouate, bref la malade subit un véritable enveloppement de momie.

Dès le lendemain abaissement de température qui s'accentue de jour en jour, quoique on note encore de temps à autre de petites élévations vespérales qui cèdent définitivement vers le 19.

A cette époque, la rougeur est très atténuée sur le tronc et les membres supérieurs, seules les jambes restent franchement framboisées, mais la sensation de brûlure y est minime, la malade réclame des aliments et demande si sa sortie est prochaine.

Il persiste un épaississement considérable de la peau, dont on juge par l'épaisseur du pli qu'on forme, quelques grands lambeaux adhèrent encore aux bras, au-devant des aisselles mais l'amélioration paraît sérieuse,

Le cœur a des battements normaux, aucun souffle. Urine normale. Régime mixte (2 litres de lait et légère alimentation. Durant 10 jours. Bon état général. Quand brusquement, le 2 février, la malade fait une température de 39°,4, l'examen minutieux de tous les organes, ne permet pas de rapporter à une cause appréciable cette fièvre, la grossesse suit son cours, régulier.

L'enveloppement ouaté supprimé depuis le 20, est repris et dès le lendemain l'apyrexie revient.

Le 8 février, la malade se trouve si bien qu'elle demande à sortir, je lui promets que le 12 nous la laisserons partir, j'ordonne qu'aussi les pansements soient supprimés car on peut dire qu'éruption et desquamation sont presque terminées.

A 3 heures du matin, M. Bolognesi, interne, est demandé près d'elle, elle s'agite, se débat, crie; elle reconnaît cependant tout le monde, on l'ausculte avec soin, rien aux poumons ni au cœur, rien du côté de l'abdomen. Elle paraît se calmer par le seul fait de la présence de l'interne, quant à 4 h. 1/2 l'agitation revient. L'interne mandé de nouveau voit qu'elle ne le reconnaît plus, une piqûre d'éther est faite, mais à 5 heures la malade succombe dans un état comateux.

Autopsie. Pratiquée avec grand soin, on n'a relevé macroscopiquement que le volume considérable de la rate comparable a ce qui se voit dans les maladies infectieuses. En dehors de cela, rien du côté du cerveau, du cœur, des poumons, aucune lésion, l'utérus, l'intestin ne sont le siège d'aucune perforation ou suppuration.

L'examen histologique sera fait sous peu, mais a priori on peut dire qu'il sera négatif, tant les viscères sont d'apparence normale.

ta

re

p

D

de

er

pl

vr

m

d'a

m

la

au

du

ca

ér

ra

lo

- M. E. Besner. J'observe actuellement une malade idéntique sur plus d'un point à celle dont on vient de nous lire l'observation, et présentant de l'œdème des membres inférieurs. L'urine examinée à diverses reprises à toujours été trouvée en état d'hypo-urée (10 grammes d'urée par 24 heures). Je me demande si la malade de M. Juhel-Rénoy qui devait présenter très probablement un abaissement du taux de l'urée n'aurait pas succombé à des accidents d'urémie.
- M. Brocq. Ces malades présentent toujours en effet dans leurs urines une diminution de l'urée normale; tandis que leurs squames contiennent de l'urée : j'ignore si dans ce cas l'examen de l'urine a été fait à ce point et je le demanderai à M. Juhel-Rénoy.
- M. E. Besnier. Le pansement employé par M. Juhel-Rénoy, onctions de vaseline et enveloppement général ouaté est le meilleur qu'on puisse employer dans ces cas; dans le fait que j'observe c'est le seul que la malade puisse supporter.
- M. A. Fournier. La malade n'auraît-elle pas pris du mercure? J'ai dans mon souvenir des faits identiques de dermites exfoliatrices chez des malades ayant pris du mercure; les hydrargyries graves commencent seulement à être connues de nous, il est certain qu'elles sont beaucoup plus fréquentes qu'on ne le croit et difficiles souvent à reconnaître, beaucoup de femmes pouvant subir un traitement mercuriel dont elles ignorent la vraie nature et ne pouvant renseigner le médecin par conséquent.
- M. Morel-Lavallée. J'ai été appelé dernièrement à voir un cas de ce genre : une jeune femme qui avait supporté jusqu'alors plusieurs traitements hydrargyriques fut prise, après deux pilules de protoiodure, d'accidents cutanés graves qu'on aurait pu mettre sur le compte d'une dose d'antipyrine absorbée la veille ; la pathogénie et par suite le traitement par la suppression du médicament mercuriel eussent échappé, si le médecin appelé n'avait été averti que la malade prenait du mercure; car la malade ignorait absolument qu'on lui en donnât.
- M. Vidal. Je me demande si l'observation de M. Juhel-Rénoy mérite bien le titre « dermatite exfoliatrice généralisée » et s'il ne s'agit pas plutôt d'un érythème scarlatiniforme chez une femme enceinte résultant d'une auto-intoxication gravidique d'origine probablement hypoazoturique.
- M. Baocq. Je transmettrai à M. Juhel-Rénoy ces différents desiderata; mais je me demande comment il pourra savoir si sa malade avait pris du mercure. Il est bien évident que le mari, s'il le sait, devant la possibilité d'une intoxication mercurielle dont il aurait pu être indirectement la cause première ne dira rien. Mais j'accepte très bien l'hypothèse d'une éruption hydrargyrique; l'observation de M. Juhel-Rénoy se sépare en effet sur quelques points du tableau habituel de la dermatite exfoliatrice généralisée, par exemple par la rapidité avec laquelle l'éruption a cédé à l'enveloppement ouaté vaseliné, alors que dans les dermatites exfoliatrices graves aucun pansement ne réussit, et encore par l'absence de chute des cheveux et des ongles. Je me demande, comme M. Vidal, s'il ne s'agirait

pas d'un érythème scarlatiniforme récidivant. Quoi qu'il en soit, et malgré toutes ces réserves, ce cas est à coup sûr extrêmement intéressant surtout à cause de sa terminaison fatale.

M. Morel-Lavallée. — Tous les phénomènes graves des dermatites exfoliatrices généralisées peuvent aussi bien se retrouver dans les hydrargyries; j'en ai cité des cas dans mon mémoire. Le seul signe différentiel à invoquer peut être, est la desquamation, très abondante dans la dermatite exfoliatrice, tandis que l'hydrargyrie pèle moins et présente principalement ces énormes nappes rouges granitées, scarlatiniformes, au niveau desquelles la peau est le siège d'une turgidité œdémateuse brûlante.

M. Brocq. — La chute des phanères peut exister dans les érythèmes scarlatiniformes récidivants, mais ce n'est pas constant, tandis qu'elle existe toujours dans la dermatite exfoliatrice. Elle peut se montrer dans les érythèmes scarlatiniformes dès la première attaque ; cela dépend d'ailleurs du degré d'infection du sujet et de sa réaction. Je ne veux pas dire d'ailleurs que des faits analogues à ceux que j'ai décrits après M. Vidal sous le nom de dermatite exfoliatrice généralisée ne puissent pas être consécutifs à une intoxication hydrargyrique. C'est possible, mais jusqu'ici cela n'a pas encore été suffisamment démontré. D'ailleurs entre eux et les érythèmes scarlatiniformes desquamatifs il n'y a pour moi qu'une question de degré ; c'est ce que j'ai tenté d'exprimer en appelant ces érythèmes, dermatites exfoliatrices aiguës bénignes. Il s'agit dans tous ces faits d'intoxications générales de l'économie : les différences sont dues aux agents infectieux et aux idiosyncrasies individuelles.

M. Fournier. — L'hydrargyrie ne nous est connue que depuis peu d'années et nous sommes au début de l'étude de ces cas; nous avons eu pour ainsi dire la main forcée par une série de cas survenus dans des conditions telles qu'il fallait sûrement incriminer le mercure; ce qu'on n'eût pas fait il y a cinq ou six ans. Je suis persuadé pour ma part qu'un grand nombre de faits classés jadis parmi les dermatites exfoliatrices sont des cas d'hydrargyrie.

M. HALLOPEAU. — J'ai déjà rapporté dans ma thèse sur le mercure, en 1878, des cas d'hydrargyrie; quelques-unes de mes observations m'ont même été fournies par M. Fournier.

M. FOURNIER. — Sans doute, ces faits n'étaient pas absolument inconnus à cette époque, mais ils sont aujourd'hui plus fréquents.

#### De la localisation de la syphilis dans le cercle ciliaire choroïdien.

Par M. GALEZOWSKI.

Le globe de l'œil est plus que toute autre partie de notre organisme prédisposé à être atteint par la syphilis, les membranes d'enveloppe au

SO

le

se

ré

ha

ac

rai

op

tiq

du

ce

lés

cei

tio

alt

ple

vei

pe

tio

pa: et

pa

kéi pla

cil

lin

du l'or aussi bien que les parties essentielles de la vision, sont prises aussi souvent les unes que les autres.

Ces faits sont connus de longue date, mais ce dont personne n'avait le moindre soupçon, ni le moindre doute, c'est que la syphilis conserve une prédisposition toute particulière à se localiser dans la région ciliaire de la choroïde. C'est un fait qui me paraît de la plus haute importance.

La partie du fond de l'œil, dont le travail circulatoire est le plus actif, est incontestablement l'ora serrata de la choroïde; c'est dans cette partie aussi de la choroïde, que les lésions syphilitiques apparaissent les premières. Ce dont personne ne se doutait. Tous les ophtalmologistes examinaient avec l'ophtalmoscope chez les syphilitiques, et avec un très grand soin les parties postérieures et profondes du fond de l'œil, la région de la macula, le nerf optique, etc.

J'ai vu aussi ces lésions, et je les ai reproduites dans mon atlas. Mais ce que personne n'a vu avant moi, avec l'ophtalmoscope, ce sont les

lésions de l'ora serrata de la choroïde.

J'ai démontré, en effet, dans mon travail lu à l'Académie, que le cercle ciliaire de la choroïde est très souvent atteint dans les affections constitutionnelles de l'organisme avant toute autre lésion.

Aujourd'hui, vous me permettrez d'attirer votre attention sur les

altérations de cette région dans la syphilis.

Depuis plus de 7 ans, j'étais frappé de voir des atrophies choroïdiennes et exudatives dans l'ora serrata, chez des malades atteints des troubles visuels, chez lesquels le reste du fond de l'œil était complètement sain. Ces recherches m'ont conduit à de vraies découvertes, que je prends la liberté de vous exposer aujourd'hui, en un petit résumé, me promettant ultérieurement d'exposer la même question en détail. Comme avec les instruments ordinaires, on n'arrive pas à éclaircir l'ora serrata, car elle se trouve masquée par l'iris et le cristallin, j'ai fait construire, par M. Peuchot, opticien, une lentille prismatique qui détourne les rayons lumineux vers sa base et par conséquent vers l'ora serrata.

Voici les résultats de mes recherches :

1º Toutes les fois qu'une iritis syphilitique est accompagnée d'une kératite ponctuée, qu'elle soit ancienne ou récente, on trouve des

plaques de choroïdite atrophique dans l'ora serrata;

2º Dans les kératites interstitielles parenchymateuses, lorsque cette dernière est due à la syphilis héréditaire, on trouve dans le cercle ciliaire des plaques disséminées dans l'ora serrata, qui s'étendent quelquefois sur le segment postérieur, mais le plus souvent restent limitées à la région ciliaire.

3º Les choroïdites syphilitiques diffuses, avec troubles et flocons du corps vitré, présentent toujours des choroïdites atrophiques de

l'ora serrata et les flocons sont dus à cette dernière lésion.

4°. Dans les atrophies des papilles ataxiques, qui sont le plus souvent syphilitiques, comme cela a été démontré par M. le profes-Fournier, et par mes propres recherches, j'ai trouvé presque constamment des plaques de choroïdite atrophique et pigmentaire dans l'ora serrata.

5°. Dans les névrites syphilitiques cérébrales ou cérébro-spinales, on constate vers l'ora serrata des signes non douteux de choroïdite atrophique syphilitique vers l'ora serrata.

J'ai eu l'occasion de démontrer ces allérations à M. Fournier chez deux malades que nous avons soignés ensemble. Tous les deux sont aujourd'hui en voie de guérison non seulement de leurs altérations oculaires, mais des affections spinales et cérébrales dont ils étaient atteints.

## Note sur les affections cutanées et vénériennes, des Berbères de l'Aurès (Algérie).

Par M. LUCIEN RAYNAUD (d'Alger).

Au mois de septembre dernier, le gouverneur général de l'Algérie nous avait chargé d'une mission officielle dans l'Aurès, à l'effet d'y étudier et traiter les affections cutanées et oculaires sévissant chez les indigènes de cette région. Nous avons pu, dans notre très intésant voyage, recueillir un certain nombre d'observations fort curieuses, dont nous voulons aujourd'hui donner un simple aperçu.

L'Aurès est un pays montagneux de la province de Constantine, habité par des Berbères (les Chaouïas), qui n'ont de tout temps, que très peu frayé avec les autres races établies en Algérie; aussi ont-ils gardé en grande partie leurs mœurs, leurs coutumes, et nous dirons presque.... leurs maladies. Nous insistons sur ce point, car c'est là une des causes qui expliquent la rareté, sinon l'absence, chez eux, d'affections qui sévissent cependant chez les autres indigènes algériens.

Nous avons examiné 800 malades dans l'espace d'une vingtaine de jours. A côté d'affections banales (malaria, bronchites, rhumatismes, gastrites, etc.) et d'affections nombreuses des yeux, dont nous ne nous occuperons pas ici, nous avons été fort surpris de ne rencontrer qu'un nombre fort restreint de maladies cutanées, alors que, dans le service de M. le professeur Gémy, nous voyons chaque jour les Arabes d'Alger présenter presque tous les cas pathologiques que nous avions pu voir à l'hòpital St-Louis.

Nous relevons sur notre registre d'observations les dermatoses suivantes :

,
)
֡

Cette quantité est bien minime, eu égard à l'inqualifiable malpropreté dans laquelle les Aurésiens se complaisent. Comment se peut-il, qu'avec leur négligence à user de l'eau qui est très abondante dans le pays, avec leurs habitudes de promiscuité, les dermatites parasitaires ou autres ne se transmettent pas plus fréquemment chez eux?

Nous n'insisterons pas ici sur ces faits, nous réservant de les discuter plus longuement dans un travail en préparation. Nous ajouterons toutefois que les teignes sont très fréquentes dans la région. Nous avons noté 25 fois le favus du cuir chevelu et 2 fois la trichophytie du corps.

Si les affections cutanées proprement dites sont peu nombreuses, en revanche les manifestations dermiques de la syphilis tiennent une grande place dans la pathogénie du pays. Cette affection est très répandue, et comme elle est peu ou mal soignée, elle fait de rapides et considérables rayages dans cette malheureuse population.

L'hérédité joue certainement un grand rôle dans la propagation de la vérole, mais les coutumes de ces individus qui vivent pèle mêle dans les mêmes gourbis, usant des mêmes ustensiles en commun, ainsi que la prostitution qui est regardée comme toute naturelle et qui est fort en honneur chez eux, contribuent puissamment à son extension.

Nous avons compté 120 cas de syphilis à toutes les périodes, et avec les manifestations les plus variées. Les lésions le plus souvent sont horribles ; les tubercules agglomérés, les ulcères, les gommes, les perforations des cloisons nasales ou palatines, etc., présentent un aspect hideux.

Ce nombre de 120 cas de syphilis représente plus du 1/8 des individus examinés. C'est considérable.

Les indigènes sont très sensibles à l'iodure ; de fort petites quantités suffisent pour déterminer la résolution des accidents les plus graves. Et c'est vraiment fâcheux, car, voyant disparaître rapidement leurs manifestations apparentes par l'iodure dont ils connaissent l'emploi, ils cessent aussitôt son usage, et la vérole continue son évolution et son extension.

Quelques uns connaissent aussi le mercure ; ils emploient le cinabre en fumigation ; mais cette pratique est très peu répandue.

Nous n'avons, chose remarquable, observé aucun accident primitif. Les indigènes sesoucient peu d'une ulcération indolore, qui disparaît du reste sans traitement ; aussi ne consultent-ils pas pour si peu.

Nous n'avons pu constater qu'un seul chancre mou, et encore appartenait-il à un chaouïa légèrement civilisé qui avait contracté son affection à Batna. Au milieu de l'Aurès, chez les indigènes n'ayant jamais quitté la région, même dans les villes réputées par leurs filles de joie, nous n'avons vu aucun chancre simple.

De même pour la blennorrhagie dont nous n'avons vu que deux exemples, et encore chez des quasi-assimilés, Aurésiens que notre civilisation avait attirés, et qui n'en avaient retiré que des habitudes d'alcoolisme et des gonocoques.

On nous objectera que si nous avons vu peu d'aflections cutanées, et presque pas de blennorrhagie et de chancre mou, c'est que les indigènes aiment peu se montrer à des médecins européens, et que leur pudeur les empêche de découvrir les régions génitales.

Nous répondrons que la gratuité des soins et des remèdes suffisaient à attirer en foule la population chaouïa, et que les affections sus-nommées, s'accompagnent si souvent de complications graves et douloureuses, qu'elles auraient vaincu certainement la répugnance plus ou moins réelle de ces individus à s'offrir à des regards de roumis.

En terminant, nous résumerons notre communication en concluant que chez les Berbères de l'Aurès qui restent éloignés de tout contact avec les Européens et les autres peuplades indigènes de l'Algérie, les affections de la peau sont d'une rareté relative; le chancre mou et la blennorrhagie s'y rencontrent peu ou presque pas. La syphilis y existe dans des proportions trés considérables. Nous n'avons pas vu un seul cas de lèpre.

## Dermite vésiculeuse des deux mains provoquée par l'usage de gants rouges dit $\alpha$ gants de peau de chien ».

Par M. PUY LE BLANC (de Royat).

Dans les premiers jours d'août 1892 se présente à mon cabinet M. R..., ancien commerçant, âgé de 72 ans, qui vient me consulter sur une éruption

la

me

où

do

cu

éc

l'in

lie

m

n'a

tio

ex

ve

pe

dé

m

ét

d'

dε

Se

111

ď

ré

tr

ch

de

il

te

siégeant sur la face dorsale des deux mains qui lui est survenue pendant la nuit.

Les deux mains sont en effet recouvertes d'un éruption confluente formée de nombreuses vésicules variant de volume d'une tête d'épingle à celui d'un grain de blé.

L'éruption occupe la face dorsale des deux mains et les deux poignets où elle forme un véritable bracelet de la largeur d'un centimètre environ. Les doigts, les espaces interdigitaux, la face palmaire de la main et des doigts sont indemnes.

Dans certains points, surtout à la face externe des deux mains, les vésicules par leur confluence forment de véritables cloques, le liquide qui s'en échappe est incolore comme dans le pemphigus.

Je songeai tout d'abord à de la dysidrose, mais le siège de l'éruption, l'indemnité absolue de la paume de la main et des espaces interdigitaux, lieux d'élection de cette affection, me firent vite rejeter cette hypothèse.

Le malade interrogé à l'effet de savoir s'il n'avait dans ces derniers jours manié aucune substance irritante ou fait usage d'une pommade arsénicale, l'éruption ressemblant beaucoup à celle que produit l'arsenic, m'affirme n'avoir fait usage d'aucune pommade ou poudre ayant pu produire l'affection que j'avais sous les yeux.

Persuadé cependant que j'étais en présence d'une éruption d'origine externe je poursuivis mes recherches et finis par apprendre que M. R..., qui avait la veille fait le voyage de Paris à Royat par une température de 32 degrés, était resté pendant huit heures consécutives les mains recouvertes de gants rouges dits « gants de peau de chien » et que c'était peut être ces gants qu'il n'avait pas portés depuis longtemps qui avaient déterminé l'éruption dont il souffrait, que du reste ressentant déjà des démangeaisons en arrivant à la gare, il avait jeté ces gants par la portière.

Trouvant là une indication précieuse j'ai recherché avec quelle substance était obtenue la couleur rouge cuir de Russie de ces gants et j'ai appris d'un de mes amis, chimiste distingué, collaborateur d'une grande maison de produits chimiques de Lyon, auquel j'ai présenté des gants absolument semblables à ceux de M. R..., que ces gants avaient dù être teints avec une substance provenant de son usine et livrée au commerce sous le nom d'aurantia.

L'aurantia est une hexanitrodyphénylamine, elle s'obtient en faisant réagir l'acide nitrique sur la dyphénylamine, elle donne une nuance jaune très orangé, et pour obtenir la couleur rouge on y ajoute un peu de fuchsine,

D'après M. D..., l'aurantia aurait causé des accidents de vésication sur la peau des mains et de la face des ouvriers employés à la teinture; ces accidents ont été soignés à l'hôpital de Bâle, mais la cause n'en a pas été déterminée; nous avons, a ajouté M. D..., retiré ce produit de la vente, mais il en reste une certaine quantité dans le commerce et je sais que certains teinturiers en font encore usage malgré ses inconvénients, qui du reste ne sont pas constants, car j'ai moi-même étendu cette matière colorante sur mon avant-bras et je n'ai eu aucune éruption, tandis qu'un de mes collègues qui avait fait la même expérience a eu une éruption considérable.

C'est donc bien à l'aurantia que doivent être attribués les accidents dont je viens de vous donner une description rapide. La fuchsine entre dans la teinte pour une si petite part qu'elle ne saurait être incriminée et encore moins l'arsenic qu'elle pourrait contenir, la quantité absorbée pour une paire de gants étant infinitésimale.

Voici pour moi comment l'accident a dû se produire : il faisait, au moment du voyage de M. R..., une chaleur torride, le malade a été pendant tout le trajet en proie à une diaphorèse abondante, ses gants étaient trempés.

La sueur pénétrant la peau a atteint la couche de teinture, bien qu'elle fût extérieure, par endosmose l'épiderme du dos des mains plus directement en contact et moins épais que celui de la paume a subi l'impression directe de la matière tinctoriale, a été pénétré, le derme atteint et l'éruption s'est produite comme elle s'était produite sur la face des ouvriers teinturiers exposés aux vapeurs s'échappant des chaudières.

Quant à l'éruption en bracelet du poignet, elle a eu lieu par suite du contact immédiat sur l'épiderme de la peau teinte repliée à l'intérieur pour former la bordure du gant.

Le traitement a été des plus simples, des maniluves à l'eau boriquée à 2 0/0 et une pommade à l'oxyde de zinc ont suffi pour amener une prompte guérison.

Nulle part je n'ai trouvé signalé le fait d'une éruption vésiculeuse violente causée par des gants de peau. Le D' Barthélemy a signalé une éruption causée par des chaussettes rouges se rapprochant beaucoup de celle que j'ai observée, la fuchsine fut alors incriminée de même qu'elle l'avait été pour des accidents dus à l'usage de gilets de flanelle rouge; les teintures minérales dont l'usage se répand de plus en plus causeront certainement d'autres éruptions, il sussir pour cela qu'elles trouvent un terrain convenable.

Le secrétaire, Henri Feulard. SO

M

syl

cau

vol

ins

SO

1

de

pui l'ép

que

rés tion tati obl Un pré log

(

## REVUE DES SOCIÉTÉS SAVANTES

## SOCIÉTÉ DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE PRATIQUES DE MONTPELLIER

SÉANCE DU 23 MARS 1892.

## Induration syphilitique du col, cause de dystocie.

M. Puech rapporte l'observation d'une femme de 19 ans, ayant eu la syphilis peu auparavant qui, au 7° mois de sa grossesse, est prise sans cause occasionnelle des douleurs de l'accouchement, et accouche laborieusement après avoir présenté une rigidité du col telle que, malgré le faible volume de l'enfant, le col, pour lui donner passage, s'est déchiré jusqu'aux insertions du vagin (1).

Georges Thiblerge.

# SOCIÉTÉ D'ANATOMIE ET DE PHYSIOLOGIE NORMALES ET PATHOLOGIQUES DE BORDEAUX

SÉANCE DU 4 AVRIL 1892.

#### Lupus du larynx : dégénérescence épithéliale.

M. Beausoleil rapporte l'observation d'une fillette de 15 ans qui, à l'âge de 9 ans, à la suite d'une rougeole, fut prise d'enrouement persistant depuis cette époque. En 1887, M. Moure constata sur la partie médiane de l'épiglotte une ulcération d'un centimètre environ pénétrant jusqu'au cartilage, avec tuméfaction des replis aryépiglottiques, état papillaire verruqueux très apparent à la région interaryténoïdienne et tuméfaction de la bande ventriculaire gauche ; le traitement antisyphilitique ne donna aucun résultat satisfaisant, des cautérisations ignées produisirent une amélioration très notable. Il y a quelque temps, sans cause appréciable, augmentation notable de la tuméfaction de la partie gauche du larynx; ulcération oblongue s'étendant jusque derrière le pilier postérieur du voile du palais. Un bourgeon, enlevé sur la partie gauche de l'espace interaryténoïdien, présente les caractères de la dégénérescence épithéliale à l'examen histologique pratiqué par M. Sabrazès et confirmé par M. Arnozan.

GEORGES THIBIERGE.

<sup>(1)</sup> D'après le Nouveau Montpellier médical, 14 mai 1892, p. 393.

## REVUE DES PUBLICATIONS PÉRIODIQUES

#### REVUE DE DERMATOLOGIE

Angiokératome. — Joseph. Angiokeratom. (Berliner klin. Wochenschrift, 1892, p. 493.)

Il s'agit d'un jeune homme de 19 ans qui, depuis son enfance, est atteint d'engelures. Les lésions actuelles ont débuté à l'âge de 10 ans. Les deux mains sont très tuméfiées et rouge bleu. Il existe, en outre, sur la face dorsale des doigts de nombreuses ecchymoses de la dimension d'une pointe d'épingle, dont la coloration n'est pas modifiée par la pression, et de petites verrues à surface rugueuse qui présentent à leur base des points hémorrhagiques. L'affection est à peu près symétrique sur les deux mains. Les orteils des deux pieds sont envahis par la même maladie.

Les lésions anatomiques sont les mêmes que dans tous les cas publiés jusqu'à présent. On trouve, outre un certain nombre de vaisseaux dilatés, de petites et de grandes lacunes dans le corps papillaire. Plus tard il se produit par-dessus une hypertrophie considérable de la couche cornée, une véritable verrue, c'est pour cette raison que Mibelli a proposé le nom d'angiokératome.

A. Doyon.

Dermatite. — Heitzmann. Die Vereiterung der Lederhaut (Ergänzungshefte zum Archiv. f. Dermatologie u. Syphilis, 1892, p. 229.)

La suppuration est la terminaison de la dermatite intense aiguë ou chronique.

Le tissu conjonctif, du derme réduit à la suite de l'inflammation, en tissu embryonnaire ou médullaire reste à l'état de tissu tant que les éléments sont reliés entre eux par des filaments ténus de matière vivante.

Si ces filaments se rompent il y a suppuration et le tissu enflammé a cessé par là d'être un tissu.

Les corpuscules de pus sont donc des corpuscules médullaires alors isolés, dans des conditions favorables, ils restent vivants et amæboïdes.

Le pus est le produit du tissu conjonctif du derme enflammé et revenu à l'état embryonnaire, après l'isolement consécutif des corpuscules embryonnaires.

Au voisinage du foyer purulent la néoformation provient du tissu médulaire ou embryonnaire, d'abord du tissu conjonctif myxomateux puis myxo-fibreux et finalement fibreux qui détermine la néoformation d'une capsule des membranes dites pyogènes.

Après l'issue du pus il survient rapidement une néoformation de tissu de granulation myxomateux qui amène en dernier lieu la production d'une cicatrice. u

I

Le tissu myxomateux de granulation est très riche en vaisseaux capillaires sanguins. La périphérie externe du granulome reste à l'état indifférent, et par la désagrégation de ce tissu embryonnaire et sa répartition en petits grumeaux isolés de protoplasma il se forme du pus à la surface des granulations.

Quand la néoformation des vaisseaux sanguins et en même temps de tissu myxomateux est abondante la guérison est rapide et se termine par une cicatrice.

Si, au contraire, les vaisseaux sanguins de nouvelle formation sont peu nombreux, et si les vaisseaux déjà formés reviennent à l'état de tissu médullaire, alors la marche est chronique et n'amène que lentement la guérison, on ladésigne alors sous le nom d'ulcère.

A. Doyon.

Dermatite gangréneuse. — Campbell Williams. Two cases of dermatitis gangrenosa infantum. (The Lancet., 12 nov. 1892, p. 1097.)

L'auteur rapporte deux observations de gangrène avec ulcérations profondes chez des enfants indemnes de varicelle dont l'un âgé de 2 ans était tuberculeux au dernier degré, et l'autre, âgé de 7 mois, en voie d'athrepsie. Hutchinson, dit il, a décrit le premier ces lésions, sous le nom de « Varicelle gangreneuse », aussi les observations de l'auteur ont-elles pour but de montrer que ces gangrènes infantiles peuvent être indépendantes de la varicelle. En général, les auteurs anglais après le travail de Hutchinson ont décrit dans leur traité ces ulcérations à part. Ainsi Crocker leur consacre un chapitre intitulé « Dermatitis gangrœnosa infantum ».

En France, ces lésions connues depuis fort longtemps ont été toujours considérées et décrites comme des complications d'autres affections.

Rappelons toutefois que, en dehors des gangrènes secondaires à la varicelle, à des éruptions vaccinales, à l'ecthyma (ecthyma térébrant infantile); en dehors des gangrènes multiformes chez des sujets athrepsiques, tuberculeux, syphilitiques, on observe quelquefois des ulcérations gangreneuses, dont la cause reste obscure, chez des enfants jouissant d'une excellente santé.

On est donc en droit de penser au rôle possible d'un microbe spécifique qui pourrait, soit compliquer certaines lésions, soit cultiver d'emblée sur des organismes favorables.

Telle est aussi l'opinion de l'auteur qui trouve, dans la rareté de ces gangrènes comparée à la fréquence des causes prédisposantes, un bon argument en faveur de l'action directe d'un micro-organisme spécifique.

Louis Wickham.

Electrolyse dans les maladies de la peau. — John T. Bowen. The present position of electrolysis in the treatment of Cutaneous affections. (The Boston medical and surgical Journal, 28 juillet 1892.)

L'auteur fait un excellent tableau des méthodes électrolytiques et de leurs applications. Il expose sa façon d'opérer l'hypertrichose, les petits nævi

ANN. DE DERMAT. - 2º Sie, T. IV.

vasculaires pour lesquels il emploie le pôle négatif, les télangiectasies à propos desquelles il fait beaucoup de réserves surtout dans le cas où les dilatations vasculaires ne sont pas très marquées, les taches de vin pour lesquelles il n'a pas obtenu de résultats bien satisfaisants, les nævi pigmentaires qu'il touche avec une grosse aiguille reliée au pôle négatif enfoncé à la profondeur voulue pour n'agir que sur la partie pigmentée, le nævi pilosi dont il détruit les poils, les sclérodermies, les kéloïdes, le lupus.

L. B.

## Favus. — S. Sherwell. Cases of Favus Contagion from the Lower animals. (The American Veterinary Review, novembre 1892.)

L'auteur rapporte plusieurs cas de favus dus évidemment à une contamination par les rats et les souris : celui de deux jeunes filles, d'un garçon et de leur mère, contaminés par des chiens, lesquels l'avaient été euxmêmes par une légion de rats malades ; celui d'un garçon d'écurie atteint d'un godet sous l'œil, contaminé par des souris, etc. Il fait remarquer, avec beaucoup de raison, qu'il faut toujours se défier, quand il s'agit de favus des souris et des rats qui présentent fort souvent cette affection au cou et surtout au crâne où elle peut pénétrer jusqu'au cerveau, et des animaux qui en font leur proie, comme les chats, les chiens, les furets, etc... Ces faits sont déjà connus, mais il est bon de les signaler de nouveau de temps en temps à l'attention des observateurs.

## Favus et pelade. — Viñeta Bellaserra. Tratamiento de la tiña favosa y de la pelada por el naftol. (Revista de Ciencias médicas de Barcelona, 1892, p. 438.)

L'auteur recommande pour le favus la méthode suivante qui a permis d'abréger la durée de la maladie : il fait épiler, puis pratiquer une lotion savonneuse, enfin appliquer deux fois par jour une pommade naphtolée dont voici la formule.

Naphtol B	12-14	gr.
Baume du Pérou		gr.
Vaseline	100	OP

Deux épilations sont, dit-il, suffisantes et après 4 ou 6 mois d'application de la pommade, le malade est guéri.

Dans la pelade, l'auteur procède de la façon suivante : il fait raser les plaques trois fois par semaine en dépassant les bords d'un demi-centimètre : il se sert pour la nuit de la pommade précédente et il la remplace dans le jour par une solution alcoolique à 12 0/0. De cette façon, dit-il, la durée du traitement a été réduite à deux, trois ou cinq mois.

PAUL RAYMOND.

Grippe (éruptions dans la). — Carrieu. Des éruptions cutanées dans l'épidémie actuelle de grippe. (Nouveau Montpellier médical, 2 et 9 avril 1892, p. 265 et 285.)

L'auteur a observé plus d'éruptions pendant la grippe de 1891-1892, que pendant celle de 1889-1890, dans laquelle elles furent rares à Montpellier.

ni

tie

ex

bi

cu

je

pa

pa

pa

or

tiv

un

la

die

se

pa

la

et ve cas cu

Ict

VII

teu

de

tri

tér

qui s'il Il rapporte les observations de sujets ayant eu des érythèmes scarlatiniformes, rubéoliformes, de l'urticaire, et résume les caractères des éruptions grippales sans y ajouter de données nouvelles. Il conclut de son exposé que les exanthèmes de la grippe ne constituent pas une entité morbide distincte, qu'ils ne sont pas d'origine médicamenteuse, qu'ils dépendent d'une infection secondaire due à une altération des sécrétions gastrointestinales et portant d'une façon spéciale son action sur les vaso-moteurs cutanés.

Georges Thibierge.

## Kéloïde. — R. W. Taylon. A remarkable case of keloïd. (The New-York medical Journal, 7 janvier 1893, p. 1.)

Jeune négresse de 23 ans, originaire des États-Unis, soumise dès son jeune âge à toute sorte de mauvais traitements : vers l'âge de dix ans en particulier elle allait dans les hois ramasser du combustible, et, n'ayant pas de vêtements pour se protéger, elle avait le corps constamment déchiré par les buissons : ce fut probablement là l'origine des tumeurs kéloïdiennes dont elle est couverte. Au niveau de la partie inférieure de son oreille droite se voit une tumeur considérable, lobulée, pédiculée, consécutive à trois ablations successives de tumeurs plus petites et pesant environ une livre. Outre plusieurs nodules siégeant vers la clavicule gauche, vers la poitrine, elle présente au niveau de la ceinture d'énormes tumeurs kéloïdiennes bosselées, pédiculées, qui sont le siège, depuis qu'elles ont atteint ce volume exagéré, de douleurs intolérables pour lesquelles la malade se fait des injections de morphine.

L'auteur fait suivre cette observation de quelques remarques : il n'admet pas la distinction établie par certains dermatologistes entre la kéloïde vraie et la kéloïde fausse. Il croit pouvoir affirmer que la kéloïde est rare avant la puberté, et il cite son cas comme constituant une exception (nous pouvons affirmer qu'en France ces exceptions sont relativement communes). Il pense que cette affection est d'une égale fréquence chez les deux sexes, et qu'elle s'observe souvent dans la race noire. Au point de vue de l'intervention thérapeutique il ne voit qu'une seule chose à conseiller dans ce cas, l'ablation pure et simple, mais il ne se fait pas d'illusion sur la valeur curative de ce moyen.

L. B.

# letère. Éruption eutanée. — Leven. Symptomatisches Exanthem bei Icterus. (Deutsche medin. Wochenschrift, 1892, p. 193.)

L'auteur a eu en août 1891 l'occasion d'observer un exanthème qui survint subitement dans le cours d'un ictère. Il s'agissait d'un homme que l'auteur avait traité depuis 3 ans pour différentes récidives de syphilis, mais qui,

depuis 15 mois, était indemne de tous symptômes spécifiques.

Au mois de juillet, ictère très intense, puis dans le courant de la quatrième semaine, alors que la maladie existait encore, on vit apparaître brusquement un exanthème spécial, sans qu'il y ait eu de prurit, caractérisé par de grandes plaques disséminées irrégulièrement sur tout le corps qui rappelaient un peu celles de la syphilide maculeuse. On se demanda s'il ne s'agissait pas d'une récidive de la syphilis et si l'ictère aussi n'était

pas en rapport avec elle, autrement dit, si les deux affections n'étaient pas l'expression d'une seule maladie ou si, au contraire, on devait regarder l'ictère comme non spécifique et en ce cas, de quelle nature était l'éruption?

On prescrivit au malade chaque jour une injection avec une solution à 1 0/0 de formamide de mercure ainsi que 4 gr. d'iodure de potassium. Cette double médication ne donna pas de résultat favorable, de sorte qu'il fut évident que ni l'ictère ni l'exanthème n'étaient de nature syphilitique. Du reste, le cours ultérieur ne présenta rien de particulier et montra que l'on avait bien affaire à une maladie non spécifique.

A. Doyon.

Mal perforant. — Вотне́дат. Quelques considérations sur la pathogénie du mal perforant. (Nouveau Montpellier médical, 1ee juillet 1892, p. 455.)

L'auteur rapporte 5 observations de mal perforant chez des alcooliques; il considère le traumatisme comme la cause uniquement provocatrice du mal perforant, auquel il faut une cause prédisposante antérieure constituée par des troubles dans la nutrition des tissus; si les lésions nerveuses sont la cause la plus fréquente de ces troubles de nutrition, ceux-ci peuvent être parfois mis sur le compte de lésions vasculaires, qui sont apparues avant les lésions nerveuses et sont plus apparentes; parmi les causes les plus fréquentes des lésions vasculaires, il faut placer l'alcoolisme; en général, les lésions nerveuses et vasculaires marchent de pair et concourent au même but : ischémie, gangrène, ulcère. Cette dernière conclusion de l'auteur corrige un peu le rôle, trop important selon nous, qu'il attribue aux altérations vasculaires; d'ailleurs une de ses observations se rapporte à un homme atteint de paralysie alcoolique, et, dans les autres observations, l'absence de troubles nerveux n'est pas assez explicitement spécifiée.

GEORGES THIBIERGE.

Pigmentation. — A. Castan et L. Inbert. Un cas de diabète maigre avec cachexie bronzée. (Nouveau Montpellier médical, 14 et 21 mai 1892, p. 388 et 410.)

Homme de 35 ans, ayant depuis le mois de janvier 1891 de la polydypsie, de la polyurie avec perte des forces; au mois d'avril, la peau est rugueuse, squameuse, fendillée, absolument sèche, de teinte jaunâtre, rappelant la coloration bronzée de la maladie d'Addison; foie congestionné, rate normale, 2,500 grammes d'urine renfermant 150 grammes de glycose et 60 grammes d'urée par jour; après une amélioration passagère, le malade recommence à maigrir, quoique la glycosurie ait cessé; puis la glycosurie reparaît, le malade s'affaiblit progressivement et meurt en janvier 1892. A l'autopsie, coloration brune du péritoine, de l'estomac, du pancréas, du foie, de la rate, du cœur, des poumons; les capsules surrénales ont leur volume et leur consistance ordinaires. Au microscope, cirrhose du foie, léger degré d'hyperplasie du tissu conjonctif du pancréas; le pigment contenu

III

dans les différents organes présente la réaction des sels de sesqui-oxyde de fer.

Les auteurs ne croient pas à l'origine pancréatique de ce diabète. Ils attribuent la pigmentation à la destruction des globules sanguins, laquelle est aussi la cause première de la cachexie.

GEORGES THIBIERGE.

Papillome. — D. Fabris et G. Fiocco. Sull' eziologia dei papillomi. (Gazzetta degli ospitali, 1892, nº 113.)

Les auteurs avant observé deux cas de contagion et un cas d'auto-inoculation de papillomes des organes génitaux, ont été amenés à reprendre la recherche de l'agent pathogène des papillomes; ils ont trouvé dans la partie superficielle du derme des figures rappelant les psorospermies, mais qu'ils considèrent comme des lésions dégénératives dues à l'action de substances irritantes. Ils ont rencontré également un grand nombre de bactéries inconstantes, sous forme de cocci et de diplocoques, ou de bacilles rappelant le bacille du smegma. En outre, ils ont vu constamment un streptocoque dont quelques chaînettes comprenaient jusqu'à 50 ou 60 éléments; ce streptocoque occupait en grande abondance le derme, l'épiderme et, en moindre abondance, l'hypoderme, occupant les intervalles des cellules, se colorant très bien par la méthode d'Ehrlich avec la décoloration de Weigert. Ils ont tendance à considérer ce micro-organisme comme l'agent pathogène des papillomes, et se proposent d'étudier ses propriétés biologiques. GEORGES THIBIERGE.

Papillome. — L. Derville et Guermonprez. Papillome des raffineurs de pétrole, nouvelle série de recherches. (Journal des sciences médicales de Lille, 1er avril 1892, p. 313.)

Les auteurs complètent dans ce mémoire leurs premières recherches sur ce sujet (voir *Annales de dermatologie*, mai 1890, p. 369).

Ils ont pu se convaincre que le siège primitif des lésions est le follicule pileux : la nutrition du poil s'altère à mesure que le papillome s'étend; les preuves de l'origine folliculaire sont la présence exclusive des lésions dans les régions où existent des poils, leur absence sur la face palmaire des mains et des doigts, leur développement constant au niveau des follicules pilo-sébacés. Les lésions semblent causées par la pénétration de matières irritantes dans le follicule.

Ce nouveau mémoire contient, outre des observations inédites, la suite d'une des observations (obs. II) rapportées dans le premier mémoire : les papillomes ont beaucoup augmenté de volume et de nombre, ont atteint jusqu'au volume d'une châtaigne ou d'un œuf de pigeon, et l'examen histologique ne permet pas de distinguer ces lésions de l'épithélioma.

Les essais de reproduction de ces lésions chez les animaux, au moyen de frictions de la peau avec les huiles résidueuses de la distillation du pétrole, ont échoué.

Georges Thiblerge.

Plique. — Henry-W. Stelwagon. A Case of Plica. (The American Journal of the Medical Sciences, décembre 1892, p. 700.)

Irlandaise de 40 ans, des plus ignorantes, dont toute la chevelure était normale à l'exception d'une petite plaque de la grandeur d'une pièce de cinq francs, située au milieu de la région occipitale assez bas vers le cou. A ce niveau, les cheveux formaient, en s'intriquant d'une manière inextricable, une mèche de quatre pieds et demi de long, de la grosseur du pouce. Le cuir chevelu paraissait être normal à ce niveau, et les cheveux, jusqu'à environ trois quarts de pouce de leur émergence, ne semblaient avoir aucune tendance à se feutrer; mais à partir de cette distance, ils formaient rapidement une sorte de masse molle étroitement feutrée de laquelle émergeaient çà et là latéralement des extrémités de cheveux. A quelques pouces de son extrémité, la mèche commençait à s'effiler, et elle se terminait par un bout semblable à une brosse et de la grosseur du petit doigt. Il n'y avait pas de parasite. Cette curieuse lésion avait commencé à se former depuis douze ans. D'ailleurs la malade attachait à cette mèche des idées superstitieuses qui empêchèrent l'auteur de la couper pour l'examiner.

L B

Rhinosclérome. — Secretan et Stilling. Note sur un cas de rhinosclérome. (Revue médicale de la Suisse romande, 28 mars 1892, p. 157.)

Homme de 30 ans, originaire du Valais; un frère a été soigné pour une chordite hypertrophique inférieure avec ozène, traitée par la dilatation mécanique au moyen des tubes de Schrætter et renvoyé guéri après 8 mois de traitement. Depuis 2 ans, dyspnée d'effort, obstruction de la narine droite puis de la gauche, toux avec expectoration peu prononcée. Tumeurs occupant les narines, le rhino-pharynx, le pharynx, le larynx, les bandes ventriculaires, la trachée; les tumeurs sont rosées, ayant la consistance des tumeurs lupeuses, non ulcérées; amélioration de la dyspnée sous l'influence de la dilatation par les sondes de Schrætter. Les tumeurs présentent la structure du rhinosclérome et renferment des bacilles répondant à la description de Frisch.

Ces derniers caractères suffisent pour affirmer le diagnostic; l'aspect clinique, la forme des tumeurs, leur consistance, l'intégrité des narines diffèrent cependant assez profondément des faits habituels de rhinosclérome.

GEORGES THIBIERGE.

Xanthome. — Mc Call Anderson. A case of xanthoma tuberosum in a child. (The Brit. med. Journ., 3 décembre 1892, p. 1220.)

Il s'agit d'un xanthome à petites papules légèrement surélevées, développé chez un enfant âgé de 3 ans. Les papules disséminées ou parfois confluentes siègent à la face, au cou, aux épaules, aux bras et aux jambes. Les mains et les pieds sont indemnes. L'éruption est partout symétrique, L'examen histologiques des papules a montré les caractères habituels du xanthome tubéreux. L'épiderme n'était pas augmenté d'épaisseur, et ne paraissait pas altéré. Seulement les papilles faisant défaut les limites basales de l'épiderme étaient parfaitement rectilignes. La saillie de la papule reconnaissait pour cause l'infiltration dans la région sous-épidermique de couches épaisses de cellules inflammatoires parmi lesquelles se détachaient très nettement de grosses cellules géantes polynucléées. Fixées à l'acide osmique, les préparations ont montré qu'un grand nombre de ces cellules étaient remplies de graisse en petites boules agglomérées. D'après l'auteur, ces lésions irritatives doivent en grande partie reconnaître pour cause un virus spécial.

#### THÉRAPEUTIQUE

Ichtyol. — Schwimmer. Das Ichthyol in seiner therapeutischen Verwendung bei einzelnen Haut-und anderen Affektionen. (Wiener mediz. Wochenschrift, 1892, p. 1130 et 1187.)

1º Variétés d'érythèmes. L'érythème est une affection de la peau occasionnée par une influence nerveuse, il se traduit par des taches ou des nodosités isolées ou diffuses plus ou moins étendues; l'envahissement des vaisseaux de la peau se révèle par des paralysies locales; plus l'irritation est intense plus est prononcée la rougeur déterminée par la paralysie vasculaire. Dans un grand nombre de cas, l'auteur a constaté que sous l'influence de l'ichtyol la peau pâlissait beaucoup plus rapidement qu'avec l'expectation ou tout autre traitement.

L'auteur cite ensuite le cas d'une femme de 35 ans dont les membres supérieurs et inférieurs ainsi que le tronc étaient envahis par de nombreuses plaques de forme irrégulière, quelques-unes atteignant l'étendue de la paume des mains. La rougeur et l'exsudation était en quelques points si fortes qu'il se formait des bulles, avec sérosité peu abondante. Les bulles étaient en petit nombre et isolées sur les membres, le tronc était indemne. Pendant 3 jours élévation assez notable de la température vespérale. Les premiers jours Schwimmer s'en tint à l'expectation, mais le 7e jour de la maladie il fit badigeonner quelques plaques avec une solution d'ichtyol. Le résultat fut très satisfaisant, car les parties traitées avec la poudre d'amidon seule se résorbèrent beaucoup plus lentement que celles badigeonnées avec la solution ci-dessus. Il a obtenu les mêmes résultats favorables dans l'érythème circiné et iris.

Schwimmer ne voudrait pas donner l'ichtyol comme un spécifique des affections érythémateuses de la peau sous les formes les plus variées. C'est toutefois, selon lui, un des remèdes dont l'action est la plus sûre. Dans presque tous les cas il a pu constater une évolution favorable de la mala-

die, ainsi que des complications internes concomittantes. Il a trouvé en outre, dans des recherches de contrôle sur un seul et même malade, que l'ichtyol amenait une modification plus rapide des symptômes morbides que le soufre ou le bismuth.

Dans l'érythème noueux que l'auteur regarde comme étant en rapport intime avec l'érythème polymorphe sans lui être cependant identique, l'action de l'ichtyol n'est pas aussi frappante, cependant on ne saurait lui contester ici une influence directe sur les symptômes et la durée de cette affection. Par suite de la contraction qu'il exerce sur des vaisseaux l'ichtyol favorise la régression rapide des nodosités.

2º Érysipèle. L'action de l'ichtyol est ici incontestable et beaucoup plus pononcée que dans les processus morbides ci-dessus. Depuis plus de deux ans l'auteur emploie exclusivement l'ichtyol en solution aqueuse (ichtyol 10 gr., eau distillée 30). Chez les malades qui ont une température élevée, avec tuméfaction et inflammation considérables de la peau, les badigeonnages faits 2 à 3 fois par jour avec cette solution sur les parties malades, en ayant soin de les dépasser, ont donné des résultats extrêmement satisfaisants, notamment en ce qui concerne l'élévation de la température générale et l'inflammation locale ainsi que l'expansion périphérique. Toutefois la modification n'est pas aussi rapide dans les cas où une maladie de la peau est la cause d'une inflammation érysipélateuse du tégument que dans la plupart des érysipèles dus à un traumatisme local (inflammations, ulcérations des muqueuses nasale et buccale). Ainsi il a vu souvent que des malades en traitement pour un lupus étendu de la face étaient atteints d'érysipèle ; chez ces malades, la régression de l'état érysipélato-ædémateux était plus lente que dans les cas non compliqués.

Si l'on observe attentivement l'action thérapeutique de l'ichtyol sur la marche de l'érysipèle on voit que l'ichtyolate d'ammoniaque arrête l'extension de la maladie en détruisant ou en arrêtant la végétation des cocci purulents qui ont une action pathogène dans l'érysipèle.

3º Acné simple et acné rosée. La première indication consiste à transformer l'acné ponctuée en une surface inflammatoire unie. Dans ce but l'auteur emploie la pommade suivante :

Lait de soufre	ââ	5 gr.
Savon vert		10 gr.
Axonge		

On applique le soir une couche légère de cette pommade, pendant 1 à 2 heures, sur une moitié de la face, ensuite lavage à l'eau chaude, la nuit on recouvre avec une poudre à poudrer quelconque. En général dans l'espace d'une à deux semaines il se produit avec une inflammation plus ou moins intense des parties traitées une desquamation abondante de la surface et la régression presque complète des papules acnéiques. Ce n'est qu'alors qu'on a recours au traitement par l'ichtyol, on badigeonne régulièrement 2 à 3 fois par jour les surfaces enflammées avec la solution d'ichtyol, on les recouvre pendant la nuit avec une pommade à l'ichtyol.

D

bre

éga

fica

chr

tion

de

de I

sul

I

4

Da

sér

est

pru

faç

ma

que

con

plu

On lyn Da aig son 1

tyo

àl

I

L

Dans l'acné rosée où la dilatation vasculaire coexiste avec un petit nombre de pustules ou de papules, Schwimmer a employé avec des résultats également satisfaisants les frictions ichtyoliques continuées longtemps.

Il les a utilisées aussi dans ces cas comme moyen auxiliaire des scari-

fications.

Les maladies acnéiques constituent des dermatoses inflammatoires chroniques, leur guérison ne survient que lentement avec l'ichtyol seul, car il ne détermiue pas la réaction inflammatoire nécessaire pour la résorption des papules. Associé à d'autres remèdes il rendra dans ces cas aussi de très bons services en provoquant une légère contraction des vaisseaux de la peau.

Il est donc utile d'alterner l'ichtyol avec les pommades ou les solutions sulfureuses.

Savon vert	50 gr.
Alcool rectifié	100 gr.
Filtrez et ajoutez:	
Lait de soufre	5 gr.

4º Eczéma. Dans cette affection l'auteur a obtenu des résultats variables. Dans les cas où on a affaire à une rougeur diffuse de la peau avec sécrétion séreuse, une solution d'ichtyol de 20 à 30 0/0 a une action irritante, aussi est-il nécessaire de suspendre ce traitement de temps à autre. Contre le prurit, son action n'est pas toujours certaine, mais comme il agit d'une façon rapide et salutaire contre les phénomènes inflammatoires aigus ainsi que contre le prurit intense qui souvent les accompagne, il agit d'une manière très favorable on peut l'employer avec avantage dans quelques cas. Dans les formes chroniques, où l'eczéma par suite de traitements antérieurs est arrivé à une période où il a peu la tendance à la guérison complète, l'ichtyol réussit souvent très bien.

Chez les enfant atteints d'intertrigo l'ichtyol a paru à Schwimmer être

plus efficace que les autres médicament.

D'après ce qui précède on voit que, seul ou combiné avec d'autres remèdes, l'ichtyolate d'ammoniaque agit d'une manière efficace et certaine. On peut l'employer dans le psoriasis, le sycosis, la furonculose, la lymphangite ainsi que dans la dermatite idiopathique et traumatique. Dans tous les cas qui sont en rapport direct avec des inflammations aiguës l'ichtyol est utile, dans les inflammations chroniques au contraire son action est nulle.

Dans le rhumatisme blennorrhagique ainsi que dans les inflammations articulaires de nature goutteuse et rhumatismale, l'usage externe de l'ichtyol avec pansement consécutif par occlusion a une action très salutaire. L'auteur emploie habituellement dans ces cas l'ichtyol mélangé à l'eau ou à l'huile de sésame dans la proportion de 20 à 300/0.

Le vernis d'ichtyol rend aussi de bons services, il est composé de :

		A. Doyon.
Albumine		0,5 à 1 gr.
Eau distillée.		
Amidon	aa	20 gr.
Ichtyol,	AA	90 cm

#### REVUE DE VÉNÉRÉOLOGIE

Blennorrhagie: complication cardiague. — W. His. Ueber Herzkrankheiten bei Gonorrhoe. (Berliner klin. Wochenschrift, 1892, p. 993.)

L'auteur rapporte l'observation d'un jeune homme de 19 ans atteint depuis 5 ans d'une constipation rebelle qui avait résisté à tous les remèdes et au massage. Au milieu de février, ce malade contracta une blennorrhagie qui fut traitée avec les injections de sublimé 1 /4000 et le repos au lit. Au bout de 3 semaines l'écoulement cessa ; le jeune homme se sentait tout à fait bien ; ni palpitations ni dyspnée.

Le 23 mars pendant une promenade il eut une syncope de courte durée; dans la nuit du 25 au 26, pendant une course de nuit en voiture, il prit froid. Le lendemain matin il eut au lit des frissons qui se renouvelèrent dans la journée. Le médebin trouva qu'il avait le cœur et les poumons à

l'état normal ; un léger écoulement uréthral était revenu.

Le 29, on constata la présence de nombreuses taches rougeâtres sur la face, les avant-bras, les mains, les jambes, les pieds et le tronc. Ces taches disparaissaient à la pression. Rien d'anormal au cœur; pas d'œdème ni à la face ni aux pieds, pas d'hypertrophie de la rate. Le médecin crut qu'il s'agissait d'une roséole syphilitique et fit transporter le malade à l'hôpital.

Le 6 avril, l'état était le suivant : jeune homme robuste, bien musclé, teint coloré. Température, le matin, 40°,5, peau chaude, humide. Tout le corps à l'exception de la plante des pieds, de la paume des mains et du cuir chevelu, est parsemé de taches rouges de la dimension d'une tête d'épingle à celle d'une lentille. Quelques-unes de ces taches sont purement hyperhémiques, d'autres laissent après la pression une teinte jaunâtre d'autres encore sont hémorrhagiques. Lèvres sèches, langue légèrement saburrale. La muqueuse buccale, le palais et le voile du palais sont le siège de taches hémorrhagiques de la dimension d'une tête d'épingle; la luette et le voile du palais sont légèrement œdémateux, amygdales normales. La déglutition occasionnait une sensation douloureuse de brûlure. Voix claire. Ganglions sous-maxillaires engorgés. Poumons à l'état normal. Cœur notablement hypertrophié, à la pointe souffle systolique que l'on entendait au niveau de l'orifice pulmonaire, mais principalement de l'aorte; battements cardiaques réguliers. Organes génitaux normaux, pas d'écoulement. Pouls à 1 04, température 40°,5. Urines, trois litres en 24 heures, ni sucre, ni albumine.

Du 4 au 24 avril, fièvre rénittente; déglutition difficile, dureté croissante de l'ouïe; polyurie; matité précordiale plus étendue; herpès labial; la matité gagne la partie supérieure ; râles à la base des poumons. Le malade meurt subitement le 24 avril.

A l'autopsie : anémie généralisée, hémorrhagies multiples de la peau, œdème pulmonaire et ecchymoses de la plèvre; petites hémorrhagies audessous du péricarde et de l'endocarde; endocardite ulcéreuse au niveau des valvules aortiques ; thrombus puriforme ramolli à la pointe du cœur.

I

bre

des

vul

con

ave

for

tra

cis

ter

fail

la

tion

ser

me

qu

mu

dit

bla

rha

im

ma

Au

pa

éta mi

å

pa

VO de

fié

cu

æ

CE

1

I

Le œur est hypertrophié dans sa totalité. Dans le plexus pubique, nombreux thrombus veineux anciens, etc. Sur la valvule semi-lunaire droite de l'aorte, excroissances à surface inégale auxquelles adhérent fortement des amas de fibrine et des coagula récents. Les efflorescences de la valvule interne de l'aorte ont leur siège exclusivement sur le bord libre et consistent en dépôts fibrineux.

Dans les parties malades des valvules on peut constater après coloration avec la fuchsine phéniquée de nombreux cocci qui ressemblent comme forme et comme grosseur aux gonocoques de Neisser, et, comme ceux-ci, traités par la méthode de Gram, perdent leur coloration. Mais après dur-cissement dans l'alcool on ne peut arriver à aucune conclusion certaine.

Il s'agit là d'un de ces cas rares dans lesquelles la blennorrhagie a déterminé des accidents pyémiques graves. Dans le cours d'une gonorrhée de faible intensité il s'est formé des thromboses septiques dans les veines de la prostate et du plexus pubique, qui ont été le point de départ de l'infection ultérieure. Le processus s'est localisé tout d'abord sur les valvules aortiques, latent au début, puis après une émotion violente et un refroidissement il survint une endocardite ulcéreuse avec exanthème septique purement hyperhémique. La marche ultérieure est celle d'une maladie pyémique: embolies kystiques dans la rate, les reins et les poumons, hémorrhagies multiples sous les séreuses et dans de nombreux organes, finalement c'est l'inflammation interstitielle du myocarde qui a été la cause de la mort.

En outre, on trouva à l'autopsie des hémorrhagies multiples dans la moelle allongée et dans le cervelet qui expliquèrent la polyurie et la surdité croissante.

L'auteur n'a trouvé dans les archives de l'hôpital qu'un seul cas semblable à celui-ci.

Il s'agit d'un jeune homme de 19 ans qui avait contracté une blennorrhagie au milieu de mars 1879; elle avait duré 6 semaines et ne fut traitée que par des remèdes internes. Le 18 mars l'articulation du coude se tuméfia et devint si douloureuse que le malade était obligé de tenir le bras immobile et fléchi. L'articulation du pied fut aussi atteinte mais d'une manière passagère. En même temps survinrent des frissons et de la fièvre. Au bout de 3 jours la fièvre revenait tous les jours, elle était caractérisée par un accès matin et soir et pendant leur durée le malade ressentait des douleurs lancinantes dans les articulations des bras et des jambes. Cet état se prolongeant le malade entra à l'hôpital le 27 juillet. Malade peu musclé, nutrition mauvaise. Troubles cardiaques, matité. Souffle systolique à la pointe. Au niveau du sternum, court souffle systolique au second temps, pas d'œdème ; traces d'albumine. Chaque jour, frissons dans la matinée, température jusqu'à 41°,1; pendant les accès la rate n'augmentait pas de volume. La quinine n'exerçait aucune influence sur les accès ; le salicylate de soude abaissait la température mais n'empêchait pas le retour de la fièvre. Au mois d'août: la pression devint douloureuse au niveau des cuisses, la fièvre prit le type continu; dans la cuisse droite, abcès profond; cyanose, dyspnée; activité cardiaque très irrégulière, pouls à 132, œdème pulmonaire. Le malade meurt le 30 août. A l'autopsie, endocardite aiguë; anévrysme partiel circonscrit de la portion initiale de

l'aorte avec nombreuses excroissances verruqueuses. Hypertrophie excentrique du ventricule gauche. Hypertrophie de la rate avec quelques infarctus récents. Néphrite parenchymateuse subaiguë des deux côtés. Légère dégénérescence graisseuse du foie. Œdème pulmonaire. Léger hydrothorax; hydropéricardite.

Ce cas a ceci de commun avec le précédent que, à la suite d'une gonorrhée aiguë, il est survenu un état pyémique avec localisation spéciale du processus septique sur les valvules de l'aorte. Dans le second cas on ne trouve pas les processus septiques locaux et les embolies, particulièrement les thromboses des veines prostatiques, qui chez le premier malade montrent clairement la voie prise par la substance infectieuse.

Cette deuxième observation présente une grande analogie avec le cas

décrit par Leyden:

Garçon de 22 ans; blennorrhagie en 1879 qui disparut au bout de peu de temps; tuméfaction du testicule gauche. Guérison après trois semaines. Quelques jours plus tard, sensibilité de l'articulation scapulo-humérale gauche, puis de celle de la main et de celles des phalanges du même côté. Fièvre légère. Frissons. Au moment de son admission, ni exanthème ni œdème. Hypertrophie de la partie gauche du cœur. Souffle diastolique au-dessus de l'aorte. Frissons chaque jour malgré l'usage de la quinine. Dyspnée. Mort.

A l'autopsie, hypertrophie des deux ventricules, principalement du ventricule gauche. Léger épaississement fibrineux du bord d'une valvule mitrale. Excroissances polypiformes sur la moitié droite de la valvule aortique gauche. Tissu cardiaque anémique; infiltration hémorrhagique dans les muscles papillaires. Infarctus dans la rate. On n'a pas examiné les valvules au point de vue des microcoques; ailleurs il n'y avait pas de bactéries.

Ces trois cas démontrent que, à la suite d'une gonorrhée, même si elle évolue sans complications, il peut survenir une endocardite maligne, soit seule, soit accompagnée de foyers purulents dans d'autres organes.

Quel rapport y a-t-il entre ces formes ulcéreuses et l'endocardite blennorrhagique bénigne? On a mis en doute l'existence de cette dernière, parce qu'elle est souvent accompagée de symptômes rhumatismaux, cependant on n'est plus autorisé à la nier en raison d'un certain nombre de cas

dans lesquels il n'y avait pas d'affection articulaire.

D'après les observations qui précèdent et celles d'autres auteurs (Morel, Dérignac, Velden, Glucinski) il est aujourd'hui certain que des affections cardiaques peuvent survenir dans le cours d'une blennorrhagie, indépendamment d'un rhumatisme articulaire. Il serait essentiel pour la différenciation de ces formes, le plus souvent bénignes, d'avec les endocardites ulcéreuses que la bactériologie des cas fût mieux connue. Puisqu'on a constaté dans les métastases blennorrhagiques des gonocoques ainsi que d'autres agents d'infection, des streptocoques dans l'exsudat péritonéal; qu'en outre, Bockart a trouvé le staphylocoque pyogène aureus dans deux cas d'abcès péri-uréthral, il serait possible que les formes simples d'endocardite et de péricardite soient d'origine gonococcienne, que les formes graves procèdent d'une infection septique mixte.

Malheureusement l'examen bactériologique dans les formes ulcéreuses

n'a donné jusqu'à présent aucun résultat.

cer

acc

de

spe

sai

lai

tie

VO.

ca

foi

au

si

ir

p

S

П

His voudrait encore appeler l'attention sur un point. On a attribué une certaine valeur à l'existence de tuméfactions articulaires précédant ou accompagnant le début de l'affection cardiaque, et on a contesté par suite de l'apparition fréquente de ces lésions articulaires, la nature gonorrhéique spécifique de l'endocardite. Depuis qu'on sait que celle-ci peut survenir sans symptômes de rhumatisme, on n'attribue pas aux affections articulaires pour la genèse des maladies cardiaques, plus d'importance qu'onne leur reconnaît une valeur étiologique dans d'autres maladies infectieuses à métastases. Ce qui est du plus haut intérêt, c'est que dans une maladie valvulaire l'apparition d'une blennorrhagie semble pouvoir provoquer une aggravation de l'affection cardiaque.

Il est très difficile dans ces cas de distinguer la nature de l'affection cardiaque, cependant le fait suivant montre la possibilité de l'hypothèse ci-dessus.

Il s'agit d'un étudiant âgé de 23 ans qui eut, en 1879, pour la première fois, un rhumatisme articulaire; depuis lors, jusqu'en 1887, il a eu chaque année une attaque de 3 à 4 semaines de durée. Ensuite plus rien.

Il avait une affection cardiaque (insuffisance mitrale) qui l'avait fait exempter du service militaire; toutefois, cette maladie ne lui occasionnait aucun malaise.

A l'âge de 18 ans, blennorrhagie de 4 semaines de durée ; l'année suivante, nouvelle blennorrhagie, avec épididymite.

Au commencement de février 1891, nouvel écoulement, mais il fut impossible de savoir s'il s'agissait d'une infection récente ou de la manifestation d'une blennorrhagie chronique latente. Le 15 du même mois, pouls très irrégulier, palpitations. Les pieds ne sont pas tuméfiés; pas de diminution notable dans la quantité des urines. Le lendemain, le malade entre à l'hôpital. Cyanose modérée, pouls petit, irrégulier; augmentation de la matité cardiaque à gauche, souffle systolique à la pointe; dédoublement du bruit pulmonaire. Le foie est un peu augmenté de volume. Sensations de froid et surdité accompagnées de faiblesse dans les membres du côté gauche. Le malade est très excité, l'esprit un peu troublé. Hémicranie à droite. Le pouls est très irrégulier et inégal. Le malade demande à ce moment de quitter l'hôpital. Son état s'est amélioré peu à peu, bien qu'il y ait eu une fièvre typhoïde.

Dans ce cas, l'apparition (ou le retour) d'une blennorrhagie était la seule cause appréciable pour qu'une affection cardiaque existant déjà, qui avait évolué jusqu'alors presque sans symptòmes, se transformat subitement en une endocardite et myocardite graves, qui détermina même une embolie du cerveau mais qui s'améliora graduellement.

Quant à l'objection qu'il ne s'agit ici que de la coıncidence accidentelle d'une endocardite récente et d'une gonorrhée, l'histoire du malade ne permet pas de la réfuter, toutefois l'hypothèse qu'une infection tenant à une blennorrhagie pourrait se localiser sur des valvules malades comme sur un locus minoris resistentiæ, reste si probable que l'auteur a tenu tout au moins à signaler cette possibilité.

A. Doyon.

Blennorrhagie. — L. Guinon. Note sur l'arthropathie blennorrhagique des enfants. (Revue mensuelle des maladies de l'enfance, janvier 1893, p. 23.)

L'observation de Guinon doit être rapprochée de celles publiées récemment par Béclère.

Fille de 2 ans 1/2, ayant depuis quelques jours un écoulement vaginal et depuis 10 jours du gonflement du pied droit, s'étendant depuis la base des orteils jusqu'à l'articulation tibio-tarsienne avec rougeur et tension de la peau, élévation de la température locale et douleurs très vives dans les mouvements et à la pression; la vulvite est en voie de diminution; pas d'examen microscopique. Pansement compressif, puis massage; guérison rapide.

Georges Thiblerge.

Blennorrhagie: traitement par l'ichtyol. — Jadassohn. Ueber die Behandlung der Gonorrhoe mit Ichthyol. (Deutsche mediz Wochenchrift, 1892, p. 850, 871.)

L'auteur a employé l'ichtyol en injections dans la blennorrhagie sous forme de solutions de 1 à 5 0/0 pour l'urèthre antérieur, de 1 à 10 0/0 pour l'urèthre postérieur, pour l'urèthre de la femme et le canal cervical. Dans ces derniers temps il a porté la dose chez l'homme dans l'urèthre antérieur jusqu'à 7 1/2 0/0, dans l'urèthre postérieur jusqu'à 20 0/0; chez la femme dans l'urèthre et le canal cervical en solutions concentrées, sans provoquer de plus vives douleurs. Toutefois Jadassohn n'est pas encore à même de porter un jugement définitif sur les résultats obtenus à des degrés de concentration aussi élevés. Outre la solution aqueuse l'auteur s'est servi chez les femmes de solutions semblables avec addition de 10 0/0 de glycérine. Les solutions à 1 0/0 ne déterminent qu'une sensation insignifiante de brûlure, le plus souvent même aucune ; même avec les solutions assez fortes il se produit (dans l'urèthrite postérieure) très rapidement une accoutumance complète, surtout si on n'augmente que graduellement la concentration. Il n'a jamais été nécessaire de cesser cette médication par suite de malaises subjectifs. L'urêthre postérieur qui est en général beaucoup plus tolérant et les points de prédilection de la gonorrhée chez la femme supportent très bien les concentrations employées. Les solutions à 10/0 d'ichtyol possèdent incontestablement une action antiblennorrhagique très marquée. Il ressort des observations recueillies que dans presque tous les cas traités par l'ichtyol les gonocoques ont disparu de la sécrétion très rapidement, plus rapidement qu'avec la plupart des autres remèdes (résorcine, solution faible de sublimé, hypermanganate depotasse). Si dans un certain nombre de cas, cette action n'est pas définitive, c'est un inconvénient que l'ichtyol partage avec tous les autres antiblennorrhagiques. Mais dans un nombre considérable de cas cette action est définitive, les gonocoques ne réapparaissent pas si on continue le traitement, et même dans les cas où on le cesse.

Comme avec tout autre remède antiblennoragique il y a aussi avec l'ichtyol des cas réfractaires, soit que les gonocoques apparaissent de nou-

veau

autr

L' men

voit

tout

est

pur

des

trou

per

de

le l

bor

thr

nit

S

l

veau toutes les fois qu'on suspend le traitement, soit qu'ils ne disparaissent pas. Ces cas s'observent plus rarement avec l'ichtyol qu'avec les autres remèdes.

L'ichtyol a la propriété de transformer la sécrétion purulente relativement vite en une sécrétion plus séreuse : dans les périodes ultérieures on voit souvent dans les préparations un grand nombre d'épithéliums. Avant tout cette dernière action, sur laquelle Neisser insiste tout particulièrement, est des plus essentielles ; elle indique la disparition des phénomènes purement inflammatoires, puis on est autorisé à croire que l'exfoliation des cellules épithéliales entraîne à la surface et élimine les cocci qui se trouvent entre leurs couches profondes. D'autre part, cette desquamation permet au remède de pénétrer plus facilement dans les foyers profonds de cocci.

L'ichtyol est d'un emploi facile, son prix n'est pas élevé, il n'abîme pas le linge et son odeur dans les solutions étendues est peu prononcée.

Jadassohn a essayé de combiner l'ichtyol avec d'autres remèdes (acide borique, résorcine, etc.), mais il n'est pas encore arrivé à des résultats positifs. Par contre, il croit avoir observé une marche particulièrement favorable dans un certain nombre de cas d'uréthrite antérieure et d'uréthrite postérieure qui ont été traités alternativement avec des solutions de nitrate d'argent et d'ichtyol.

A. Doyon.

#### REVUE DE SYPHILIGRAPHIE

Syphilis. Virus syphilitique. — Ch. Mauriac. Variabilité des effets du virus syphilitique suivant les organismes. (Rev. gén. de cliniq. et de thérapeut., n° 44, 1892, p. 689.)

Le virus syphilitique paraît bien s'être singulièrement atténué depuis 20 ou 30 ans : que sont, en effet, les syphilis contemporaines comparées aux fameuses syphilis du XVIº siècle. Quant à l'autre facteur, l'aptitude morbigène de l'organisme infecté par le virus, quoiqu'elle varie suivant les individus, les âges, les races, les climats, etc., il semble, si on envisage la syphilis dans son ensemble et sur toute l'étendue du globe, qu'elle s'uniformise de plus en plus. Il y a bien encore des cas particuliers très graves et même des groupes de cas où l'infection sévit avec la violence d'autrefois, mais ce sont là des faits exceptionnels qui semblent devenir de plus en plus rares.

De nos jours la syphilis est en voie de décroissance comme exubérance et comme sévérité dans ses manifestations. Le traitement, mieux institué et plus répandu qu'autrefois, a certainement pris une part active à l'atténuation du virus.

Après ces remarques, M. Mauriac envisage la solidarité des manifestations primitives, secondaires et tertiaires, si l'on peut, d'après les caractères de l'accident primitif, établir le pronostic approximatif des éventualités prochaînes ou éloignées. Dans ce travail, il étudie spécialement la première période de la syphilis, dont il trace à grands traits une esquisse. Le chancre peut être érythémateux, papulo-tuberculeux ou tuberculogommeux; à côté de ces chancres où l'induration domine, il en existe une autre série où l'ulcération l'emporte toujours sur la sclérose indurée : ce sont les chancres autophagiques, qui détruisent la néoplasie à mesure qu'elle se forme et dont l'ulcération est bénigne; les chancres phagédéniques d'emblée dont l'ulcération se circonscrit comme étendue et comme durée, ce qui les différencie des chancres simples; enfin les chancres éléphantiasiques provoquant dans toute la région qu'ils occupent un œdème dur, hypertrophique.

Ces formes multiples de l'accident primitif sont-elles en rapport avec la source de l'infection qui lui a donné naissance? Nullement, le chancre ne réfléchit pas le foyer générateur; il émane d'ailleurs très souvent de lésions qui ne sont pas des chancres. La contagion ne fait que transplanter le principe virulent ; c'est le terrain organique sur lequel il va végéter qui lui imprime telle ou telle forme. C'est le terrain organique qui crée toute la phénoménalité de la syphilis primitive, depuis la contamination jusqu'à l'apparition des accidents consécutifs. Chaque individu est pour ainsi dire l'artisan de sa syphilis. Toutefois aujourd'hui où les syphilis graves sont rares, il y a un type moyen uniforme sans considérable écart de phénoménalité et de processus qui constitue la majorité des syphilis, et il est possible de constater une assez grande similitude entre toutes leurs périodes. M. Mauriac rapporte quelques exemples de syphilis semblables prises chacune à la même source; mais ces faits sont rares, le plus souvent il y a un contraste frappant entre les syphilis primitives de même provenance, et, de plus, entre chacune de ces syphilis et la lésion qui les a communiquées L. PERRIN.

Syphilis; virus syphilitique. — Pellizzari. Tentativi di attenuazione della sifilide. (Giornale italiano delle malattie veneree e della pelle, novembre 1892, p. 333.)

L'immunité des syphilitiques contre une nouvelle infection peut s'expliquer par l'antagonisme entre les toxines sécrétées par l'agent virulent de la syphilis et cet agent lui-même. Le fait que cette immunité existe déjà peu de jours après le début du chancre, c'est-à-dire alors qu'il n'existe qu'un seul foyer peu étendu d'agents virulents, permet de croire qu'il suffit d'une petite quantité de cette substance chimique pour produire cette action antagoniste; dans la syphilis par conception, l'immunité est acquise, et les manifestations syphilitiques cessent de se montrer entre le 3° et le 5° mois de la grossesse, c'est-à-dire à une époque où les dimensions du fœtus sont encore peu considérables, ce qui vient encore à l'appui du rôle des toxines en petite quantité. Le peu d'intensité des manifestations spécifiques chez les femmes devenues syphilitiques par conception, opposé à l'intensité de ces manifestations chez les femmes syphilitiques avant leur grossesse, semble prouver que le passage des substances solubles dans la circulation, précédant celui du germe spécifique, atténue

SI

q

to

h

pl

ra

S

li

le

pl

S

M

P

tı

i

n

la virulence de ce dernier. L'auteur tire également de la marche des symptômes de la syphilis des arguments à l'appui de sa thèse sur l'anta-

conisme entre l'élément figuré de la syphilis et ses toxines.

Se basant sur ce raisonnement, C. Pellizzari a eu l'idée d'inoculer, à des sujets atteints de syphilis récente, le sérum du sang de sujets syphilitiques parvenus à la période gommeuse. Le sérum recueilli et préparé avec toutes les précautions d'usage était injecté dans le tissu cellulaire souscutané à la dose de 1/2 à 1 centimètre cube. Il croit avoir obtenu quelque bénéfice de cette pratique, mais se réserve de donner des conclusions plus précises lorsqu'il l'aura-mise en usage chez un nombre plus considérable de malades.

Georges Thiblerge.

Syphilis des voies digestives. — Duplay. Des rétrécissements du rectum et en particulier des rétrécissements dits syphilitiques. (Sem. méd., nº 58, 1892.)

A propos d'une malade atteinte d'un rétrécissement du rectum, présentant la forme du rétrécissement que l'on retrouve chez des sujets syphilitiques, M. Duplay, après avoir passé en revue les symptômes, le diagnostic, le pronostic et le traitement de cette affection, fait remarquer que, si la plupart des auteurs admettent que la lésion rectale est de nature syphilitique, on est loin d'être d'accord pour expliquer le processus par lequel la syphilis conduit au rétrécissement du rectum.

Parmi les théories qui ont été émises à ce sujet, la plus séduisante est celle du syphilome ano-rectal qui a été exposée par le professeur Fournier. M. Duplay a admis, comme la plupart des pathologistes, cette théorie, mais à mesure qu'il a observé des faits plus nombreux de rétrécissements dits syphilitiques du rectum, il doute de son exactitude, et croit aujourd'hui qu'elle ne se trouve pas très fréquemment en rapport avec l'observation

clinique.

Chez un grand nombre de malades présentant les symptômes de ce rétrécissement, on ne retrouve pas, en effet, des antécédents de syphilis,

c'est le cas pour la malade qui fait le sujet de ce travail.

D'autre part, on rencontre certains rétrécissements du rectum présentant les caractères physiques du rétrécissement syphilitique et qui sont dus à une autre cause que la syphilis : c'est ainsi que la dysenterie est parfois suivie de rétrécissement du rectum. Enfin le traitement spécifique reste absolument impuissant contre le prétendu syphilome ano-rectal, qui, a dù pourtant quelquefois être traité à sa période initiale.

M. Duplay est porté à croire que le rétrécissement syphilitique du rectum n'existe pas et qu'en laissant de côté les rétrécissements congénitaux, traumatiques ou cancéreux, les autres rétrécissements sont tous de nature inflammatoire et résultent d'une phlegmasie aigue ou chronique des parois

rectales, reconnaissant des causes variées.

Parmi celles-ci, il faut noter la dysenterie, les rectites consécutives aux hémorrhoïdes, à la blennorrhagie anale, soit à la suite de rapports contre nature, soit que la contamination du rectum résulte de l'écoulement des liquides vaginaux. La plus grande fréquence des rétrécissements dits syphilitiques chez la femme s'expliquerait, par ce fait que chez elle les

causes de phlegmasie du rectum sont plus nombreuses que chez l'homme et surtout exercent leur action avec plus de facilité et plus de fréquence. Quant à la syphilis, si elle peut être parfois invoquée comme cause de ces rétrécissements, elle n'agit que d'une façon indirecte, en déterminant une phlegmasie chronique des parois rectales à la suite par exemple de chancres et plus souvent de plaques muqueuses de l'anus et du rectum.

L. PERRIN.

cri

tie

étu

hy

da

col

rie

Pa

au

su

tio

sei

d'a

COL

que

Syphilis du système nerveux. — Pareja Garrido. Practica de sifilis. Algunas observaciones de sifilis nerviosa. (Gaceta medica de Granada, 1892, p. 439.)

Sous ce titre, l'auteur a rassemblé quelques observations, d'inégale importance, de syphilis du système nerveux. Les deux premières ont trait à ces troubles, circulatoires bien plus que matériels, de l'encéphale, se traduisant par de la torpeur intellectuelle, un changement de caractère. des vertiges, de l'affaiblissement de la mémoire, de la difficulté de la parole, par des symptômes vagues en un mot, qui ne sont que les prodromes de la syphilis cérébrale. Une troisième observation est un fait de paralysie faciale. C'était la seule manifestation morbide : le malade avait eu la syphilis deux ans auparavant et il ne s'était qu'irrégulièrement traité. Il fut de nouveau soumis au traitement et en une vingtaine de jours la parésie, localisée au facial gauche, disparut. Dans une quatrième observation, plus complète, il s'agissait d'une paralysie du moteur oculaire commun. Comme phénomènes concomitants, on notait de la céphalée avec ses caractères spécifiques, de la parésie des extrémités, etc. L'infection syphilitique remontait à deux ou trois ans. La paralysie de la troisième paire était survenue brusquement; elle n'était pas complète, mais on trouvait pourtant du ptosis, un léger strabisme interne, de la parésie pupillaire et un peu de procidence de l'œil.

Une cinquième observation est intitulée épilepsie syphilitique. Les deux dernières observations ont trait à des attaques apoplectiques suivies d'hémiplégie chez des sujets syphilitiques depuis deux et trois ans.

PAUL RAYMOND.

Traitement de la syphilis. — Bernardo Riera. Consideraciones sobre la medicacion hidro mineral en el tratamiento de la sifilis, (Reviste balear de Ciencias medicas, 1892, n° 2, 3, 16, 19.)

Après avoir passé en revue l'opinion des auteurs qui se sont occupés de cette question du traitement de la syphilis par les eaux minérales, l'auteur admet que, par suite d'une action chimique ou par le fait d'une réaction organique spéciale, cette médication entraîne dans la circulation générale le mercure que renferme l'organisme et l'en débarrasse. Elle permet à l'organisme de tolérer des doses de mercure qui, dans toute autre condition seraient exagérées. Elle stimule la nutrition endormie ou troublée par la durée et les épiphénomènes de l'infection; elle combat enfin avec succès certaines manifestations invétérées de la syphilis. Cette médication n'a rien d'absolu ni de spécifique et on ne peut donner ici une indication précise ou fixer une époque dans le cours de la syphilis où il faille la pres-

crire. On peut dire qu'elle est très utile et qu'elle rentre dans cette catégorie de médications communes qui sont rationnelles bien que ni essentielles ni spécifiques. Dans une deuxième partie de son travail, l'auteur étudie les eaux d'Archena, en Espagne, qu'il range dans la classe des hyperthermales, chloro-iodurées sulfureuses, et il les recommande comme médication adjuvante dans la syphilis, mais à condition de ne tenir aucun compte de la coutume espagnole qui consiste à ne prendre que neuf bains dans une station thermale et de recourir à une médication prolongée. Les eaux sulfureuses, conclut-il, sans être un agent antisyphilitique spécifique, combattent les complications et les conséquences de l'infection et sont le correctif le plus efficace et un important adjuvant de la médication spécifique.

Prophylaxie de la syphilis. — D. Fabrus. Malattie venereo sifilitiche in rapporto ai regolamenti sulla prostituzione. (Gazzetta degli ospedali, 3 décembre 1892, p. 1331.)

L'auteur rapporte la statistique des malades atteints d'affections vénériennes et syphilitiques observés à la clinique du professeur Breda, à Padoue, de 1880 à 1891; la population de cette ville n'a pas sensiblement augmenté, aucune autre cause que l'application des nouveaux règlements sur la prostitution n'a pu modifier la fréquence de ces affections et elles ont augmenté notablement chez les hommes en 1887, année où l'application des règlements anciens s'est relàchée, plus encore en 1888, année où les nouveaux règlements sont entrés en vigueur et en 1889, et est restée sensiblement la même en 1890 et 1891; la fréquence des diverses variétés d'accidents vénériens varie d'ailleurs assez notablement suivant les années; chez les femmes la fréquence est restée sensiblement la même, mais beaucoup de femmes malades échappent à l'observation médicale. L'auteur accuse formellement les nouveaux règlements de l'augmentation de la fréquence des affections vénériennes.

### **REVUE DES LIVRES**

# Journal of the Leprosy investigation committee, nº 4, décembre 1891.

Le quatrième numéro du Journal du comité pour l'étude de la lèpre, quoique moins intéressant que les précédents, contient néanmoins quelques documents précieux. Hellat y publie un mémoire sur la lèpre des Provinces Baltiques : elle y est très répandue : dans certains districts elle a atteint jusqu'à 2 0/0 de la population : elle est en voie d'accroissement lent, mais graduel. L'auteur croit pouvoir conclure de certains faits qu'elle ne se propage que par contagion. Aussi, sous sa direction a-t-on commencé à prendre des mesures pour arrêter l'extension du fléau. On a fondé un comité en 1887, puis une société en 1889 : celle-ci possède en ce moment un capital de 50 à 60,000 roubles, aussi est-elle en mesure d'ouvrir incessamment un asile à Dorpat, et très probablement bientôt un deuxième. En outre, la ville de Riga a pris sur elle d'en fonder un, et le gouvernement va en fonder un autre dans l'île d'Œsel. L'auteur termine son article en posant des conclusions fermes sur la transmission de la lèpre par la contagion, doctrine qui peut seule expliquer le mode d'extension de la maladie.

Un autre article des plus importants est celui du Dr de Azevedo Lima sur l'hôpital de lépreux de Rio-de-Janeiro. L'auteur y rappelle qu'au milieu du siècle dernier la lèpre était très fréquente à Rio-de-Janeiro : les lépreux y erraient dans les rues, demandant l'aumône, et la population -vivait dans une crainte constante de la contagion. Le comte de Bobadella, vice-roi du Brésil, fit loger ces malheureux dans quelques maisons du quartier de la ville qui porte le nom de San Christovam, et pourvut à leurs besoins. Le comte da Cunha qui lui succéda fit convertir pour eux en hôpital un monastère qui appartenait aux jésuites. Peu à peu, on le transforma, on l'agrandit, et on le modifia selon les nécessités de l'hygiène. C'est l'hôpital actuel : il est construit sur une hauteur, isolé, et dans une situation des plus pittoresques. L'auteur en donne une description minutieuse dans les détails de laquelle nous ne pouvons entrer. Il peut contenir 200 malades, mais le nombre de ceux qui y sont hospitalisés oscille entre 35 et 86 : à l'heure actuelle il y en a 66, 46 hommes et 20 femmes. Depuis le commencement du siècle, on y a soigné 1812 malades : l'âge de ceux qui y ont été reçus a varié de 3 ans à 85 ans : le plus grand nombre avaient de 18 à 50 ans. La plupart était brésiliens, mais on trouve aussi parmi eux des africains et des européens, notamment des espagnols, des italiens, des portugais, des allemands, des français, des suisses, etc... Sur ces 1812 malades il y a eu 1043 hommes et 769 femmes. Ce sont les classes pauvres de la société qui fournissent le plus de sujets, cependant les classes élevées ne sont pas épargnées. D'après l'auteur, la lèpre a été importée au

XUM

Bré

pou à fo

site

dir

ass

qui

que

pe

Ri

col

pre

qu

me

re

la

a

et

vi

ri

ja

ri

P

ti

Brésil, soit par des africains, soit par les premiers colons portugais. La race indigène semble n'avoir pas connu autrefois cette maladie, et en ce moment encore les tribus sauvages qui vivent en dehors de toute civilisation en sont indemnes, tandis que celles qui ont abandonné leurs forêts pour vivre dans des centres populeux en sont parfois atteintes.

On observe au Brésil toutes les formes de lèpre décrites, mais surtout

à forme tuberculeuse.

Il semble qu'au Brésil on ne puisse attribuer à l'hérédité la propagation de la maladie. L'auteur croit que l'on doit surtout incriminer la contagiosité de l'affection: il cite plusieurs exemples cliniques à l'appui de son dire. Il pense que les divers facteurs étiologiques auxquels on attribue assez souvent la genèse de la lèpre n'agissent que comme des conditions qui en favorisent l'éclosion et qui expliquent la plus ou moins grande fréquence de la maladie dans tel ou tel milieu.

On ne peut affirmer que la lèpre ait augmenté de fréquence au Brésil pendant ces dernières années; mais on peut dire sans exagération qu'à Rio-de-Janeiro il y a plus de 300 lépreux disséminés dans la ville: beaucoup viennent de l'intérieur du pays; mais il y a aussi beaucoup de cas

produits sur place.

Le Dr Julius Goldschmidt a étudié la lèpre à Madère. Il est probable que la maladie a été importée dans cette île par les premiers colons, vers 1419. Au commencement du XVI° siècle l'affection était déjà assez répandue pour que l'on ait jugé nécessaire dès cette époque de prendre des mesures

prophylactiques.

Depuis 1861, le nombre des entrées des lépreux à l'hôpital a graduellement diminué, et pendant les 15 dernières années c'est à peine si on en a reçu un ou deux par an. Il semble résulter des statistiques qu'à Madère la lèpre est comparativement plus fréquente dans les montagnes que sur le littoral. L'auteur croit pouvoir conclure de toutes les observations qu'il a faites depuis 25 ans que la maladie se propage directement de l'homme à l'homme. Plus des 2/3 de la population vivent dans une misère profonde, et ont une nourriture uniforme insuffisante comme quantité et qualité. Les villages où l'on consomme surtout du poisson, et souvent du poisson avaiés emblent être moins atteints de la lèpre que d'autres. L'auteur n'a jamais observé la fièvre initiale que l'on a décrite. Il croit que la seule mesure efficace pour enrayer le fléau et le faire disparaître est l'isolement rigoureux de tous les lépreux et de leurs familles. De plus il faut inculquer aux populations exposées à la contamination des habitudes de propreté et améliorer leur alimentation.

Le même numéro contient en outre plusieurs documents sur la question de la propagation de la lèpre par la vaccine. Les Drs Beaven Rake et G. A. Buckmaster croient pouvoir conclure de leurs recherches personnelles que les dangers de la transmission de la lèpre par la vaccine sont

tellement minimes qu'on peut les négliger en pratique.

L. B.

G.-T. JACKSON. — The Ready-Reference Handbook of diseases of the skin. Philadelphia, Lea Brothers and Co, 1892, vol. in-12 de 553 pages.

Le nouveau livre que vient de faire paraître le Dr Jackson est intéressant à plus d'un titre, malgré ses petites dimensions. Fait à un point de vue purement pratique, il ne renferme pour ainsi dire que la symptomatologie, le diagnostic et le traitement des affections cutanées et syphilitiques; l'anatomie pathologique, la pathogénie et l'étiologie sont laissées dans l'ombre. Les maladies y sont rangées par ordre alphabétique comme dans certains ouvrages français et étrangers. La synonymie est fort soignée; l'auteur a relevé les diverses dénominations étrangères et a mis en regard de chacune d'elles le nom américain qui lui correspond. Une autre innovation des plus heureuses consiste à avoir mis la notation décimale à côté de toutes les formules données avec la notation américaine en grains, drachmes, onces; ces formules sont pour la plupart bien choisies, et cela permettra désormais aux médecins français de les utiliser.

Le reproche principal que nous ferons au Dr Jackson, c'est d'avoir trop condensé. Cet ouvrage nous paraît devoir surtout servir aux étudiants désireux d'avoir une nomenclature des dermatoses, et fort peu aux praticiens, car les médications ne sont pas exposées avec assez de précision et de détails. Quant aux dermatologistes de profession, il n'y a que la synonymie et les quelques formules recueillies dans l'appendice qui termine le livre qui peuvent leur être de quelque utilité. Dans une œuvre aussi succincte, nous aurions mauvaise grâce à relever des lacunes; cependant, il nous semble que l'auteur aurait peut-être pu signaler les travaux récents de l'école française sur les dermatoses prurigineuses. Malgré ces quelques réserves, nous sommes heureux de constater que le livre du Dr Jackson est l'un des meilleurs manuels des maladies de la peau que nous connaissions.

Pierre Marie. — Leçons sur les maladies de la moelle. 1 vol. in-8° de 504 pages. Paris, 1892, G. Masson, éditeur.

Bien qu'il ne puisse entrer dans le plan de ce recueil de rendre compte de la partie purement descriptive d'un ouvrage de neurologie, mention doit être faite ici des Leçons sur les maladies de la moelle de M. Pierre Marie, en raison des développements donnés par l'auteur à l'étude étiologique des myélopathies et du rôle qu'il reconnaît à la syphilis dans a production de certaines d'entre elles.

M. P. Marie s'est, en effet, attaché tout particulièrement dans ces leçons à étudier, à la lumière des notions les plus récentes de pathologie générale, les conditions qui président à l'éclosion des diverses affections spinales, chapitre d'étiologie quelque peu négligé dans la plupart des traités de neurologie. Inutile de dire qu'il l'a fait avec le soin, la méthode et la clarté et en même temps l'érudition consommée que l'on retrouve dans toutes ses publications.

Partisan convaincu, non moins que vulgarisateur convaincant du rôle des infections dans la production des myélopathies, il est amené à y rechercher l'influence de la syphilis. Cette influence est pour lui considérable dans le tabes : « La vraie, je dirais presque la seule cause du tabes, c'est

XUM

la sy

opin

d'ap

que

leme

affec

chez

moi

prêt

sypl

men

auci

la s

KRO

C

duit

l'au

giq

ficie

mat

sou

rieu

terr

de

pen

L

et i

pen uni

syn

tra

I

sor pit

mo

do

D

M

la syphilis », telle est la formule dans laquelle M. P. Marie résume son opinion à ce sujet; les neuf dixièmes des tabétiques, au moins, sont d'après lui d'anciens syphilitiques. L'auteur résume et commente les travaux de M. Fournier et de Erb sur ce sujet; il fait remarquer, avec Minor, que les israélites russes, qui sont rarement atteints de syphilis, sont également rarement atteints de tabes, malgré la propension de leur race aux affections nerveuses; il signale également ce fait que le tabes est rare chez les ministres des différentes religions, chez lesquels la syphilis est moins fréquente que dans les autres classes de la société, et que le seul prêtre tabétique qui figure dans la statistique de Erb était précisément un syphilitique.

M. P. Marie pense également que les scléroses combinées sont fréquemment sous la dépendance de la syphilis; par contre, il ne lui attribue aucune influence dans le développement de la maladie de Friedreich et de la sclérose latérale amyotrophique.

Georges Thibierge.

## KROMAYER. — Was ist Eczem? Broch. de 28 p., chez Tauch et Grosse. Halle a. s. 1892.

Cette courte brochure est dédiée à Ferdinand Hebra. Après avoir reproduit la définition de l'eczéma, telle que l'a donnée le maître viennois, l'auteur examine cette affection au double point de vue anatomo-pathologique et clinique. Pathologiquement, l'eczéma est une inflammation superficielle de la peau, donc une inflammation de l'enchyderme, une enchydermatite qui guérit sans laisser de cicatrice. On sait que Kromayer désigne sous le nom d'enchyderme, l'épiderme avec les couches les plus supérieures du derme ainsi que le corps papillaire.

Définir anatomo pathologiquement l'eczéma comme enchydermatite avec terminaison in restitutionem ad integrum, ne suffit pas pour établir le point de vue clinique. La différence d'avec d'autres dermatoses, par exemple, le pemphigus ou l'érythème multiforme, ne serait pas suffisamment établie.

L'eczema présente dans ses symptômes cliniques une grande diversité et irrégularité concernant : 1º la nature ; 2º l'apparition ; 3º le développement des efflorescences isolées. L'absence d'un type déter niné et unique est caractéristique pour l'eczema par rapport aux autres enchydermatites. Il faut considérer l'eczema comme étant atypique dans ses symptômes cliniques.

Cette atypie se manifeste dans sa localisation, dans sa marche, son traitement et son étiologie.

De cette définition de l'eczéma comme enchydermatite atypique il ressort qu'il se distingue nettement des autres enchydermatites telles que le pityriasis rubra, la gale, l'eczéma marginé, l'impétigo contagieux, etc.

Quant à l'eczéma séborrhéique, malgré ses symptômes cliniques plus ou moins caractéristiques et typiques frappants, on ne saurait lui donner une place à part.

Ses symptômes sont cependant assez caractéristiques pour qu'on leur donne un nom spécial comme on le fait pour l'eczéma papuleux, vésiculeux, croûteux, etc...

La définition de l'eczéma comme enchydermatite atypique comprend une propriété négative de l'eczéma (l'atypie) et une autre positive (l'inflammation de l'enchyderme). La première ne peut pas concerner la nature de l'eczéma, il ne reste qu'un lien commun caractérisant essentiellement tous les eczémas, c'est que ce sont des enchydermatites ; mais il y a encore une deuxième propriété positive qui réunit tous les eczémas en un groupe morbide, c'est l'irritabilité plus grande de la peau - spécialement des organes nerveux qui innervent la peau - créée pardes causes excitantes externes. Si l'on admet dans les eczémas une irritabilité plus grande de la peau, il en résulte un cercle vicieux, attendu que par suite de cette irritabilité l'inflammation provoquée par le prurit et le grattage déterminera de nouveau une irritation de la peau et sera à son tour une cause de l'augmentation de l'irritabilité et favorisera ainsi la marche envahissante et la naissance de nouvelles inflammations. Si on interrompt ce cercle vicieux en écartant toutes les irritations de la peau pour la laisser reposer, on donne d'abord à l'inflammation le temps de guérir, mais indirectement aussi aux appareils nerveux l'occasion de se calmer. Mais comme un état d'irritation des nerfs ne revient que lentement à l'état normal, il peut arriver que l'inflammation de l'enchyderme guérisse, tandis que l'irritabilité anormale de la peau existe encore et peut donner par conséquent lieu à une nouvelle inflammation, à des récidives.

La cause de la diversité, de l'atypie de l'eczéma tient à des dispositions nerveuses différentes des individus, ou aussi d'un même individu à diverses époques et dans différentes régions de la peau et à des causes nocives variables.

Des maladies internes et des anomalies constitutionnelles peuvent diminuer la force de résistance de l'organisme et du système nerveux, spécialement du système nerveux de la peau et le rendre plus irritable sous l'influence de causes nocives. Cet état crée une prédisposition pour cette irritabilité morbide de la peau qui favorise l'apparition d'un eczéma. C'est ainsi que selon l'auteur on doit interpréter la plupart des causes internes relativement à leur influence sur l'origine des eczémas, sans contester par là qu'il en est qui peuvent naître directement par influence nerveuse et surtout par voie réflexe, correspondant ainsi exactement à des causes nerveuses.

Tandis que dans les eczémas provoqués artificiellement sur la peau saine il se produit une simple inflammation, l'eczéma typique se développe sur une peau qui est le siège d'une irritabilité anormale. Donc, si d'une part il n'y a pas de raison scientifique pour établir en principe une séparation entre ces deux formes, de l'autre une raison pratique s'y oppose, c'est que dans certains cas on n'est pas à même d'établir exactement le degré d'irritabilité de la peau. Ce n'est qu'après l'évolution, la guérison de l'inflammation qu'on peut le déterminer; on n'est en état de faire un diagnostic précis, dermatite ou eczéma, du moins dans beaucoup de cas, que quand le malade est guéri.

En résumé, l'eczéma est l'inflammation atypique de l'enchyderme mis dans un état d'irritabilité morbide exagérée. L'eczéma est l'enchydermatite atypique.

A. Dovox.

Le Gérant : G. Masson.

IMPRIMERIE LEMALE ET C1e, HAVRE

Sa

se

sie

de

na

lo

m

## TRAVAUX ORIGINAUX

wideologic l'eliet andresidevan la definit estant est especiale il titte

# SUR L'ÉLÉPHANTIASIS CONGÉNITAL

Par le D' Moncorvo

Correspondant de l'Académie de médecine de Paris.

#### I

J'ai eu l'occasion d'étudier trois cas d'éléphantiasis survenu avant la naissance chez de petits enfants qui m'ont été présentés à la Policlinique générale de Rio, du 6 mai 1890 au 28 décembre dernier.

Ons. I. — Le premier de ces faits se rapporte au nommé A..., âgé de 3 mois, né à Rio, que j'ai eu l'occasion d'examiner pour la première fois le 6 mai 1890. Il était le dernier de quatre enfants dont l'un était déjà mort. Sa mère, espagnole, assez grêle et d'une santé très délicate, me raconta quedeux fois au cours du septième et du huitième mois de sa dernière grossesse, étant déjà fort épuisée par des vomissements presque incoercibles et ayant d'ailleurs ses jambes extrêmement enslées, elle aurait éprouvé des violentes émotions causées par l'incendie d'une maison contigue à la sienne et cela dans deux quartiers qu'elle avait successivement habités. Son père, italien, ordinairement bien portant, m'assurait n'avoir jamais eu de lymphangites ni d'œdème dans aucune partie du corps.

Ce petit garçon était né à terme, s'étant présenté par le sommet, et sa naissance n'aurait été accompagnée d'aucun accident digne de mention. Quoique nourri au début artificiellement par le lait condensé et ensuite par les féculents, il frappa au prime abord notre attention par son développement un peu au-dessus de la moyenne normale; il était en effet assez gros et gras, son poids s'élevant à 6 kilos et sa taille mesurant 66 centimètres.

Le motif de sa présentation était la grosseur fort exagérée de ses jambes et de ses pieds, laquelle du reste, ayant été constatée aussitôt après la naissance, n'aurait fait pourtant que s'accroître progressivement au cours des trois mois qui s'ensuivirent. En réalité leurs extrémités inférieures offraient quelque ressemblance avec celles d'un éléphant tellement elles se trouvaient déformées.

En les regardant de plus près on ne tardait pas à reconnaître que ses

ANN. DE DERMAT. - 3º Sie, T. IV.

pieds de même que ses jambes étaient envahis dans toute leur étendue par un œdème assez élastique, rénitent partout au toucher, excepté à la partie dorsale des pieds qui se laissait pourtant quelque peu déprimer par le doigt.

La peau de ces régions était à peu près lisse sans aucun changement

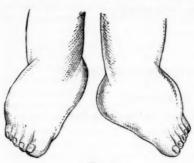


Fig. 1

notable de sa coloration; elle était pourtant très adhérente au tissu sous-jacent. Si on enfonçait profondément le doigt sur la face dorsale des pieds, on y laissait une légère empreinte due à un œdème surajouté au tissu conjonctif y préalablement organisé. D'autre part la sensibilité paraissait quelque peu exaltée au niveau des parties atteintes; ainsi dès qu'on y faisait une pression un peu forte, l'enfant se mettait de suite à pleurer.

les

en

l'a

de

tra

à

tio

all

80

pre

lop

dis

tra élé my et tol

me

ser

pre

de

ma

qu

éq

Enfin en examinant comparativement la température des quatre membres, on pouvait constater une petite différence en moins au niveau des membres affectés. Les mesures prises à leurs différents segments donnèrent le résultat suivant, absolument identique du reste des deux côtés :

Circonférence du pied au niveau de la ligne tarso-métatar-		
sienne	15	cent.
Circonférence de la jambe au niveau des malléoles	15	-
Circonférence de la jambe au niveau de la jonction de son		
tiers inférieur avec le tiers moyen	16	-
Circonférence de la jambe au niveau de la jonction de son		
tiers moven avec le tiers supérieur	18	-

A côté de ces malformations congénitales, il m'a été facile d'en retrouver encore une autre restée jusqu'alors inaperçue pour ses parents, c'est-à-dire une hydrocèle double assez bien développée.

Dans toutes les autres parties du corps de ce petit garçon il n'y avait plus rien d'anormal à constater; ainsi la peau se trouvait partout ailleurs absolument indemne. (Fig. 1.)

Il s'agissait bien là d'un cas des plus caractéristiques de l'éléphantiasis des Arabes, à forme fibreuse, occupant les deux jambes et les pieds, dont le processus initial remontait à une époque antérieure à la naissance, puisque, aussitôt après celle-ci, les parents de l'enfant furent surpris de la grosseur anormale de ses extrémités inférieures. Le désir qu'ils manifestaient de le voir débarrassé le plus tôt possible d'une telle difformité qu'ils voyaient s'agrandir progressivement, m'engagea à tenter chez lui un traitement consistant dans la com-

pression élastique combinée avec l'électrothérapie, en utilisant d'abord les courants continus. La bande élastique fut désormais journellement appliquée tour à tour sur l'un et l'autre des deux membres affectés, en même temps qu'ils étaient deux à trois fois par semaine soumis à l'action du galvanisme. L'amélioration ne se fit guère attendre, car deux jours après on voyait les dimensions des parties lésées subir partout une réduction de deux centimètres, de même que le tissu éléphantiaque devenir plus mou au toucher.

Aussi l'accroissement du petit garçon ne subit pas la moindre entrave; de fait, le 29 mai, il avait gagné un kilogramme. Plus tard, à partir du 13 juin j'ajoutai au traitement précédent l'administration de l'iodure de sodium accompagnée de celle de l'eau-de-vie

allemande à des intervalles variables.

Le 29 juin, l'examen microscopique du sang pratiqué à 7 heures du soir ne me permit pas d'y trouver un seul embryon de filaire.

Les moyens thérapeutiques associés amenèrent la transformation-progressive du tissu morbide sans enrayer en aucune façon le développement général de l'enfant qui avait, le 20 septembre, le poids de 12 kilos. Les courants galvaniques furent alors remplacés par la faradisation localisée. Vers le mois de janvier 1892, l'enfant fut emmené à la campagne à cause d'une intoxication palustre survenue deux semaines auparavant, laquelle se montrait quelque peu rebelle au traitement approprié que je lui avais prescrit. Mais alors la formation éléphantiaque se trouvait presque entièrement réduite à du tissu myxoïde et à de l'œdème mou qui s'amendait progressivement au fur et à mesure qu'on avait recours à l'eau-de-vie allemande, assez bien tolérée du reste.

Ainsi donc, ce cas, à côté de l'intérêt tout particulier qu'il présente par rapport à son origine congénitale, nous a-t-il permis de constater un nouveau succès de l'électrothérapie employée dans le traitement de l'éléphantiasis des Arabes.

Obs. II. — Le 16 mai 1891, on m'amena dans le service un enfant du sexe masculin qui venait de naître depuis douze heures à peine. Il était le premier enfant.

Sa mère, blanche, âgée de 20 ans, aurait eu, me disait-on, une grossesse assez régulière, de même qu'elle aurait accouché sans aucun acci-

dent digne de remarque.

Son père, encore jeune et bien portant, était soldat au corps municipal de police. Ni l'un ni l'autre n'avaient jamais eu de lymphangites ni aucune manifestation appréciable d'éléphantiasis des Arabes. Aussitôt après la naissance de son enfant, ils furent fort surpris des dimensions colossales qu'offrait son membre abdominal gauche dont le volume était en effet équivalent à celui du reste du corps. En regardant en même temps les deux membres inférieurs de ce petit garçon, on était frappé des dimensions

extraordinaires de celui du côté gauche, lequel présentait en réalité l'aspect de la jambe d'un éléphant, au point que le membre droit paraissait à première vue un appendice rudimentaire à côté de l'autre. La formation éléphantiaque qui avait donné lieu à cette vraie tumeur avait débuté à la partie gauche de la région sacro-iliaque et avait gagné dans toute son épaisseur la cuisse, la jambe, le pied gauche ainsi que la région pubienne, les bourses et le fourreau de la verge. La peau qui recouvrait les parties envahies par le processus morbide était parsemée de plusieurs taches de nœvus vasculaire dont les plus vastes occupaient la région sacrée, la face externe de la cuisse et de la jambe.



Elle était lisse partout et très adhérente au tissu sousjacent. Au-dessus et au-dessous du genou, de même qu'au niveau des malléoles, or constatait un sillon d'une certaine profondeur comprenant presque toute la circonférence du membre. La pression exercée dans toute son étendue paraissait absolument indolente. En observant la température comparative de la surface des deux membres, on constatait une petite différence en moins du côté gauche. La tumeur offrait à la palpation une sensation variable de mollesse

plus ou moins considérable et de dureté, celle-ci correspondant à l'existence de masses fibreuses à peu près arrondies, dont la plus considérable occupait toute la partie postérieure et interne de la jambe, sa circonférence étant de 28 centim. En outre de ce grand noyau fibreux assez duret de plusieurs autres d'un petit volume épars dans la masse de la tumeur, on y pouvait également constater aux divers autres points un tissu plus mou donnant à la palpation la sensation d'une masse gélatineuse. La plus volumineuse de ces masses kystiques siégeait à la région malléolaire interne s'étendant au talon et se confondant en avant et en haut avec une masse pareille occupant presque toute la face dorsale du pied, celle-ci étant limitée en arrière par le sillon malléolaire et en avant par la ligne métatarso-phalangienne. La circonférence du cou-de-pied mesurait 20 centimètres (Fig. 2).

Ce fait est encore plus remarquable que le précédent tant par la constitution de la tumeur éléphantiaque que par sa grosseur qui surpassait en vérité celle des tumeurs analogues qu'on eût jusqu'ici retrouvé chez des nouveau-nés. C'était en effet avec étonnement qu'on voyait le développement aussi avancé de la formation éléphantiaque,

p il s

f

3

d

E S IV C S II I

laquelle avait déjà atteint en divers points la structure fibreuse tandis qu'ailleurs elle revêtait la forme kystique décrite par Virchow.

Obs. III. - Le 28 décembre 1891, on m'amenait dans le service une fillette âgée de 11 mois, née à Rio, présentant une difformité considérable du membre thoracique droit. Sa grand'mère maternelle avait succombé à un érysipèle de l'abdomen quinze jours après un accouchement; une tante maternelle était affectée d'un éléphantiasis au bras gauche survenu après différentes poussées lymphangitiques qui auraient débuté vers l'âge de 14 ans. Par contre, aucun antécédent pareil n'était retrouvé du côté paternel. Son père m'assurait pour sa part n'avoir eu que quelques accidents vénériens ; il venait me présenter sa fillette, qui était sa seconde enfant, pour la faire soigner d'accidents bronchiques fébriles se répétant pour la quatrième fois à dater du deuxième mois, sa température rectale se trouvant alors à 39º,4, Mais ce qui s'imposait de suite à notre observation étaient les proportions anormales qu'offrait la totalité de son membre thoracique droit et en particulier la main, laquelle avait en effet l'apparence de la patte d'un éléphant. Ce membre avait été envahi dans toute sa longueur par le processus éléphantiaque, lequel, allant au delà de l'épaule droite, arrivait jusqu'à la région interscapulaire. Ce processus morbide aurait débuté au cours de la vie intra-utérine, car au moment de sa naissance l'enfant portait déjà la malformation en question; c'était à peine si la main droite se montrait dernièrement un peu plus gonflée à la suite d'une lymphangite réticulaire due à l'application topique de quelques pommades irritantes, dont on constatait encore les traces traduites par de la chaleur, de la rougeur et de la sensibilité anormale, notamment au niveau de petits points érodés sur le dos de la main. En regardant de plus près on reconnaissait que la néoformation occupait à la partie dorsale du tronc l'espace compris entre les bords internes des deux omoplates, plus saillante au sommet de cet espace triangulaire et s'aplatissant progressivement jusqu'à l'angle inférieur de ces os. A partir de la région deltoïdienne, le tissu éléphantiaque très élastique donnant au bras et à l'avant-bras un volume exagéré, diminuait sensiblement au niveau du poignet pour envahir largement la totalité de la main correspondante. Aux deux premiers segments de ce membre la peau, fort adhérente au tissu sous-jacent, était à peu près lisse, sans aucun changement de sa coloration ni de sa température. Mais en examinant la fosse axillaire correspondante on apercevait la présence d'une masse irrégulièrement sphéroïdale, de 10 centimètres de diamètre, très élastique à une légère pression, mais laissant découvrir dans son épaisseur plusieurs ganglions lymphatiques, durs au toucher. Cette masse, qui paraissait constituée spécialement par un amas de ganglions entouré de vaisseaux lymphatiques hypertrophiés et flexueux, était indolente et quelque peu mobile. La peau qui recouvrait un peu adhérente à sa calotte externe offrait une coloration violacée et était hérissée de petites éminences papilliformes quelque peu aplaties, plus ou moins confluentes, qui lui donnaient un aspect mûriforme. La main gauche, qui a été la partie la plus affectée de ce membre, avait la configuration d'un sphéroïde aplati dont la circonférence mesurait 21 centimètres et demi. Sa face dorsale beaucoup

plus gonflée que la palmaire laissait voir la peau très tendue et fort adhérente au tissu sous-jacent avec une coloration violacée très marquée, parsemée de petites érosions d'où exsudait un liquide séro-purulent assez fétide. Les capillaires sous-cutanés y étaient d'ailleurs très dilatés et flexueux. Les doigts correspondants, à l'exception du pouce, cachés jusqu'au niveau de l'articulation de leurs deux premières phalanges par le débordement du tissu morbide dorsal, étaient assez grossis et offraient l'apparence de petites éminences mamelonnées sillonnées de plis marqués, à la partie dorsale de leurs articulations phalangiennes. A la face palmaire, la peau, moins tendue et moins violacée, présentait trois plis très prononcés dont l'un contournant le poignet, l'autre sillonnant transversalement la paume, l'autre enfin limitant les racines des doigts. Par la palpa-



FIG. 3.

tion de ces deux surfaces on percevait un accroissement bien sensible de la chaleur, qui se montrait du reste partout ailleurs moins élevée de même qu'à la partie dorsale, très sensible du reste à la moindre pression, l'existence d'un ædème dur laissant pénétrer difficilement le doigt. Le membre thoracique gauche ne se trouvait pas absolument indemne; au creux axillaire correspondant il existait une tumeur fibro-ganglionnaire offrant du reste les mêmes dimensions et les mêmes caractères que celle du côté opposé, ainsi qu'à l'avant-bras de la formation éléphantiaque encore peu avancée. Tout portait donc à croire que le mal continuait à faire des progrès en envahissant également l'autre bras.

Dans le but d'atténuer la lymphangite apparue au dos de la main droite, j'ai eu recours à la compression de celle-ci par une bande élastique, tout en administrant en même temps à l'enfant une potion à la quinine. La chaleur fébrile retomba par suite à la normale de même qu'une partie de l'œdème s'absorba. Cependant quoique j'eusse le plus grand intérêt à soumettre cette petite malade à un traitement par l'électrothérapie localisée, mon dessein n'a pu être réalisé, car elle ne me fut plus ramenée (Fig. 3).

Voilà donc trois exemples bien caractéristiques d'éléphantiasis des Arabes ayant débuté pendant la vie intra-utérine, observés chez des enfants nés à Rio, dont le premier de race blanche, issu de parents étrangers (italien et espagnole), les deux autres de race mixte, provenant de parents brésiliens. Chez le premier, un garçon, la maladie siégeait aux deux membres inférieurs, chez le second, un garçon également, elle affectait la jambe gauche; enfin le dernier sujet, une fillette, était atteint à la région interscapulaire ainsi qu'aux deux mem bres thoraciques, notamment le droit. Aussi l'éléphantiasis offrait chez l'un la forme sclérosique, tandis que chez les deux autres il revêtait une forme mixte, molle et fibreuse, avec la coïncidence dans un cas de taches de nœvus vasculaire à la surface du membre atteint. Une enquête faite dans le sens de connaître leurs antécédents de famille nous a permis de savoir qu'une seule fois, par rapport au dernier de nos sujets, l'éléphantiasis avait été retrouvé chez une tante maternelle.

Tous ces petits enfants, dont le plus jeune n'avait que douze heures, étaient nés à terme et étaient plus ou moins bien portants; c'est à peine si le dernier d'entre eux se trouvait quelque peu abattu au moment de la présentation par suite d'une lymphangite fébrile siégeant à la face dorsale de la main droite, ainsi que par des accidents bronchiques.

Les cas de ce genre sont loin d'être les premiers que j'aie observés; malgré leur extrême rareté, j'ai pourtant eu l'occasion d'examiner deux autres faits analogues, les premiers de ce genre qu'il m'ait été donné d'observer, lesquels ont fait le sujet d'une leçon que j'ai publiée, en 1888, dans la Revue mensuelle des maladies de l'enfance, ayant pour titre : De l'éléphantiasis des Arabes chez les enfants. Le premier de ces deux faits se rapportait à un garçon de 7 mois, de race mixte, présentant au moment de sa naissance un éléphantiasis siégeant à la face antérieure et postérieure du tronc ainsi qu'à la totalité du membre thoracique droit. Il y revêtait presque partout la forme kystique décrite par Virchow de même que des noyaux fibreux se trouvaient plongés dans la masse gélatineuse qui enveloppait le bras et la main. Aucun antécédent éléphantiaque n'avait pu être pourtant rencontré du côté de sa mère qui était, du reste, une hystérique, ni

du côté de son père (Fig. 4). Le second fait était relatif à une fillette, issue de parents italiens, mais née à Rio, dont les deux extrémités

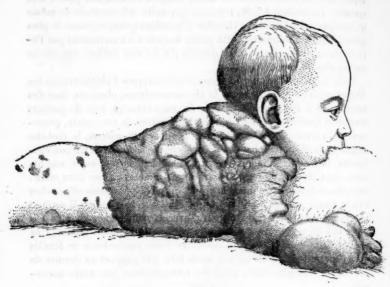


FIG. 4.

inférieures se montraient fort hypertrophiées au moment de sa naissance. Cette fillette, qui pesait alors, au quatrième mois, 5 kilog.,

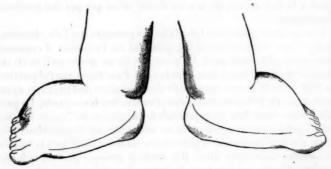


FIG. 5.

était issue d'une mère toujours bien portante, son père ayant été pourtant atteint, huit mois auparavant, d'une lymphangite aux deux

rel cas les jambes (Fig. 5). Ces deux premiers cas réunis à ceux dont je viens de relater l'histoire, donnent ainsi un ensemble de cinq observations de cas bien avérés d'éléphantiasis survenus au cours de la vie fœtale, lesquels pourront être classés comme il suit:

	D'après l'âge au moment de leur présentation :		
	12 heures	1	
	2 mois	1	
	7	1	
	11	1	
	14	1	
	Total	5	
	D'après le sexe :		
	Sexe masculin	3	
	— féminin	2	
	— reminin		
	Total	5	
	D'après la race :		
	Blane	2	
	Métis	3	
	Total	5	
	D'après le siège de la maladie :		
	Aux deux pieds	1	
	Aux deux jambes	1	
	A la jambe gauche	1	
	Au tronc et au bras	1	
	Au tronc et au bras droit	1	
	Total	5	
	No. 1. Company		
	D'après les formes revêtues par la maladie :		
	Forme sclérotique	2	
	- molle et sclérotique	2	
	<ul> <li>molle, sclérotique et papillaire</li> </ul>	1	
	Total	5	
	D'après les antécédents de famille :		
		1	
	Père atteint de lymphangite aux deux jambes	1	
	Tante maternelle atteinte d'éléphantiasis	1	
411111	Sans antécédents éléphantiaques	3	
-121.	Total	5	

11

Jusqu'à une époque assez rapprochée de nous, la presque totalité des observateurs qui ont étudié l'éléphantiasis, sans excepter même ceux qui l'ont observé dans les contrées où il règne endémiquement. auraient établi que cette affection, inconnue chez les enfants du premier âge, était extrêmement rare avant la puberté. Or, je me suis cru déjà autorisé à porter des conclusions absolument contraires (De l'éléphantiasis chez les enfants. Rev. mens. des mal. de l'enfance. 1886), tout en m'appuyant tant sur mes observations personnelles, montant à quelques centaines, que sur les faits recueillis par moi dans la littérature étrangère, tels que ceux qui ont été relatés par Léon Labbé, Guéniot, Lannelongue, Th. Beck, Bardeleben, Demme, Weber. V. Ruge, dont les petits sujets avaient un âge variant de 18 mois à 14 ans. D'un autre côté, Waring, recherchant scrupuleusement la date de l'apparition de la maladie sur un total de 945 cas rencontrés par lui dans les divers recueils, arriva à cette conclusion que 15 fois le mal avait débuté chez des tout jeunes enfants, 7 fois avant la cinquième année, 133 fois entre 6 et 10 ans, ce qui donne un chiffre de 155 cas, soit une proportion de 16 0/0. J'ai été à même pour ma part de rassembler 50 cas de cette maladie survenue chez des enfants ou encore retrouvée chez des adultes atteints dès leur enfance, ce chiffre exprimant, par rapport au total de mes observations, une proportion de 30 0/0. Nous avons de la sorte un stock de 1,135 cas d'éléphantiasis dont 214 ayant débuté aux diverses époques de l'enfance, soit une proportion de 18 0/0.

Enfin, dans ma leçon de 1888, déjà citée, j'ai montré par des exemples frappants que le processus éléphantiaque, en outre qu'il atteint souvent les enfants du premier âge, pouvait bien faire son

apparition au cours de la vie fœtale.

Cette précocité d'invasion du mal avait été pourtant déjà signalée par Virchow qui avait jugé de nature éléphantiaque quelques cas de tumeurs congénitales publiés de 1781 à 1860 par Ed. Sandiford, Veit, Schuh, Freidberg, Lotzbeck et Ward. Le professeur berlinois a vu pour son compte quelques exemples d'éléphantiasis congénital à forme molle, soit circonscrit, soit encore généralisé à toute l'étendue du corps, ainsi qu'il est commun de voir notamment chez les monstres acéphales et anidiens, le processus morbide pouvant être alors rapporté, d'après lui, à une circulation imparfaite. Il a pu également retrouver de semblables productions chez d'autres fœtus non viables. Mais il ne tarda guère à remarquer que chez les nouveau-nés survivants, il a toujours vu le mal circonscrit à une partie du corps. « Dans presque tous ces cas, dit-il, il n'existe pas d'induration lar-

dacée, tendineuse, ni de sclérose du tissu comme celle qui survient dans les états acquis dont il a été question jusqu'à présent. » Chez les petits sujets qu'il a examinés, la maladie s'est montrée tantôt sous la forme de tuméfaction plus ou moins régulière, tantôt sous celle de véritables tumeurs apparaissant à la surface de la peau en masses plus ou moins volumineuses. Enfin, il a pu rencontrer quelques exemples où le mal a été représenté par un grand nombre de tumeurs, les unes solides, les autres cystiques.

Aussi, en 1878, le D' Busey, de Washington, avait signalé des lésions des vaisseaux lymphatiques traduites par l'oblitération et l'ectasie de ces canaux dont l'origine remonterait à la vie intra-

utérine.

A la suite de la publication de mes deux observations ci-dessus indiquées, quelques autres faits analogues ont été également publiés, tant en Europe qu'en Amérique, tels sont ceux de Kuerg (Éléphantiasis asymétrique congénital chez une fillette de six ans. Correspond. Blatt für Schweizer Aerzte, nº 2, p. 667, 1889); Waitz (Un cas d'éléphantiasis cong. Centr. f. Chir., nº 29, 1889); Moure (Éléphantiasis congénital. Münch med. Woch., nº 29, 1890); Home (Éléphantiasis cong. des membres inférieurs chez plusieurs sujets appartenant à une même famille. Soc. méd. de Hambourg, 1890); Lindfors (Cas d'éléphantiasis congénital kystique. Zeist. für Geburts, XXIII, 1890); Jordan (Anatomie pathologique de l'éléphantiasis congénital. Ziegler's Beiträge z. path. Anat., VIII, 1, p. 71, 1891); Spietschka (Sur un cas d'éléphautiasis congénital. Archiv. für Dermatol. und Syph., XXIII, 15, 1891), et de Coley (Éléphantiasis congénital de la face et du cuir chevelu. New-York med. Journ., p. 706, 1891). De cet ensemble de faits il ressort donc bien :

1º Que la condition pathogénique de l'éléphantiasis peut bien sur-

venir avant la naissance;

2º Que le processus morbide peut parfois atteindre dans telles circonstances un développement assez avancé allant jusqu'à la formation fibreuse;

3° Que dans le tiers des cas d'éléphantiasis congénital jusqu'ici recueillis, la production morbide resta circonscrite à une partie du corps notamment aux membres inférieurs, tout en y revêtant les caractères ordinaires des cas acquis;

4º Que dans les deux autres tiers des cas le mal a affecté la forme molle ou kystique isolée ou associée aux formations sclérotiques, voire même à des véritables fibromes sous-cutanés (Virchow, Moncorvo);

5° Que dans quelques cas du deuxième groupe on a pu constater la coïncidence de nappes plus ou moins vastes de nœvus vasculaire pileux ou non, siégeant aux régions atteintes par la formation éléphantiaque.

Il faut savoir distinguer les différentes formes que revêt l'éléphantiasis congénital, d'avec quelques cedèmes retrouvés parfois au moment de la naissance.

Depuis Uzenbezius qui publia, en 1718, à Stockholm, le premier cas d'endurcissement du tissu cellulaire des nouveau-nés, on a décrit sous les titres divers d'œdématie concrète (Souville), d'induration du tissu cellulaire, de sclérème des nouveau-nés (Chaussier), de sclérème adipeux des nouveau-nés, des états morbides absolument différents. C'est ainsi que Underwood (Underwood's Treatise on the Diseases of Children, London, 10° éd., 1846) qui a tracé le premier la description d'un état de durcissement et de refroidissement spécial de quelques enfants venus au monde en état d'extrême faiblesse, notamment de ceux présentant dès le début des troubles graves du côté de l'appareil digestif, ne parle point de l'œdème retrouvé pourtant par Andry, médecin de l'hospice des Enfants trouvés, dans des cas jugés par celui-ci identiques à ceux du médecin anglais. Cette dissemblance ressort également des descriptions faites par Capuron, Chambon, Denis, Billard, Valleix, etc., lesquelles offrent en réalité peu d'analogie avec celle faite par Underwood. Cette confusion de faits essentiellement différents entre eux était d'autant plus grande que leur interprétation variait à peu près avec chaque observateur. Je rappellerai par exemple que pour Uzenbezius la rigidité de ces petits enfants serait peut-être due à ce que leurs mères pourraient avoir regardé des statues de pierre.

D'autres en voudraient voir la cause, soit dans la propriété tannante de l'eau de l'amnios, soit dans des altérations de l'appareil respiratoire ou dans les organes de la circulation; d'autres enfin en plus grand nombre la rapportaient au refroidissement.

Charcelay, de Tours, appuyé sur plusieurs autopsies qu'il aurait pratiquées lui-même, arriva après cela à cette conclusion que l'œdème des enfants nouveau-nés reconnaissait très souvent pour cause une néphrite albumineuse.

Beaucoup plus tard, en 1873, Clementowsky a cru devoir ranger sous le titre commun de sclérème trois affections bien diverses qui n'étaient pour lui que des variétés de cet état pathologique, c'est-à-dire l'œdème survenu à quelques érysipèles des nouveau-nés, l'infiltration œdémateuse du tissu cellulaire et celle dite adipeuse. Parrot, tout en repoussant avec d'excellentes raisons ce rapprochement d'états morbides si distincts, a fait bien voir que cette variété dite adipeuse n'était réellement autre chose que l'endurcissement du tissu cellulaire des nouveau-nés athrepsiques. Mais cet endurcissement ne pourra jamais en imposer pour l'éléphantiasis, de même que l'œdème élastique de ce dernier ne se prêtera non plus à la confusion avec l'infiltration des nouveau-nés signalée par Charcelay, retrouvée d'ailleurs chez quelques avortons devenus de la sorte turgides.

ďτ

ac

pa

al

tr

ba

pa

be

l'e

86

ci

SE

re

te

Se

fi

fa

q

p

ď

d

ti

le

Les caractères propres à la formation éléphantiaque, tels que sa dureté, son élasticité, sa disposition plus ou moins irrégulière, son accroissement lent et parfois constant, etc., ne permettront certes pas de la méconnaître ni de la confondre avec les infiltrations œdémateuses de quelques fœtus venus au monde déjà malades.

Ce n'est pas sans quelque raison que j'entre dans cette discussion abrégée; un observateur tel que Alard, auteur d'une monographie très estimée de son temps (De l'inflammation des vaisseaux absorbants lymphatiques dermoïdes et sous-cutanés; maladie désignée par les auteurs sous les différents noms d'Éléphantiasis des Arabes, d'Œdème dur, de Hernie charnue, de Maladie glandulaire de Barbado, etc., etc., Paris, 1824) a bien commis l'erreur de confondre l'œdème du tissu cellulaire des nouveau-nés avec l'éléphantiasis. Une semblable méprise est d'autant plus digne de remarque que ce médecin avait prétendu nier l'origine congénitale de l'éléphantiasis. « Cleyer, écrivait-il, pense même que les enfants l'apportent en naissant, au Malabar, mais son opinion ne peut être admise, puisqu'elle regarde un mal qui n'est pas héréditaire ; sans doute qu'ils la contractent à la sortie du ventre de leur mère, c'est ce qui aura pu en imposer à ce médecin. Schrokuis, ajoute-t-il, a commis la même erreur en parlant de son propre enfant ; mais il est évident que la tumeur que sa fille portait sur la main était nouvelle et de nature aiguë, puisqu'elle faisait éprouver une vive douleur, laquelle a disparu au bout de quelques jours. »

Comment doit-on interpréter la pathogénie de ces formations éléphantiaques congénitales. Rien ne s'oppose avant tout à voir dans son processus originaire la même loi qui préside à l'apparition de bien d'autres affections du même ordre pendant la vie fœtale. Mais, avant d'y arriver, il me semble utile de retracer sommairement l'état actuel de nos connaissances par rapport à l'éléphantiasis des adultes.

Je rappellerai seulement que l'histologie pathologique nous apporte des notions exactes à ce sujet, en nous faisant savoir que le processus de formation conjonctive constitutif de l'éléphantiasis a son point de départ dans l'oblitération d'un tronc ou de rameaux lymphatiques de nature inflammatoire ou peut être d'ordre mécanique. Cette donnée une fois acquise, on a été porté à rechercher la cause intime d'une telle oblitération. Cette fois c'est aux progrès faits par la microscopie appliquée à l'helminthologie que nous sommes redevables des investigations tentées dans ce sens, lesquelles sont venues éclairer beaucoup le sujet, et je suis heureux d'ajouter, que les premières recherches profitables sous ce rapport appartiennent à notre pays. Un savant médecin allemand Wucherer, exerçant dans la ville de Bahia, recherchait en 1866, dans l'urine d'un malade atteint de chylurie, les trématoïdes signalés depuis 1851, en Égypte, par Bilharz (Bilharzia hæmato-

bia), sans les avoir pourtant rencontrés; mais à leur place il découvrit un nématoïde jusqu'alors inconnu. Ce petit helminthe fut par suite successivement retrouvé dans de pareilles conditions par S. Cobbold (Angleterre), Salisbury (Amérique), Lewis (Indes) et Crevaux (Antilles).

Plus tard, Lewis le rencontra non seulement dans l'urine mais encore dans le sang des individus affectés de chylurie, diarrhée, éléphantiasis, etc., qu'il désigna sous le nom de filaria sanguinis hominis. Cette nouvelle decouverte ne tarda guère à être confirmée en Égypte par Sonsino. Mais ce ne fut qu'en 1877, que la filaria Wuchereri fut rencontrée pour la première fois à Rio par M. F. dos Santos dans le sang d'un malade éléphantiaque. Mais avant lui, en 1875, O'Neill et Silva Araujo l'avaient aussi découverte dans les papules d'une dermatose propre aux pays tropicaux, le craw-craw des Africains et mieux intitulée par le second de ces auteurs filariose dermathemica. Ensuite Lewis, à Calcutta, et P. Manson. à Amoy, arrivèrent à voir également dans la lymphe la filaire de Wucherer; il en fut de même à Bahia où Victorino Pereira et S. Araujo la constatèrent dans la lymphe retirée d'un homme atteint simultanément de chylurie, lymph-scrotum, craw-craw et d'éléphantiasis. Enfin, la filaire trouvée par Wucherer étant reconnue embryonnaire, on s'attachait à en découvrir le progéniteur, et bientôt, encore en 1877, Bancroft, en Australie, la rencontrait dans le pus d'un abcès lymphatique du bras et par suite dans quelques autres cas (hydrocèle chyleux, lymphangiome inguinal, etc.).

Ces recherches ont abouti à l'unité d'origine de plusieurs maladies bien différentes en apparence, telles que la chylurie, les varices lymphatiques, le craw-craw, l'éléphantiasis, etc., c'est-à dire à la présence des filaires dans les vaisseaux sanguins et lymphatiques. Cette manière de voir reçut le plus ample appui de la part de P. Manson,

en Chine, notamment en ce qui regarde l'éléphantiasis.

Cet observateur se trouva de plus à même de dénoncer un fait assez intéressant, mais jusqu'alors absolument inconnu, c'est-à-dire l'émigration des filaires, la nuit tombante, dans les vaisseaux sanguins et leur retour dans la journée suivante à leur logement lymphatique. Telle serait, d'après lui, la raison de l'absence fréquente de ces nématoïdes dans le sang examiné pendant le jour. Bref, ne tarda-t-il pas à apporter un autre fait non moins curieux par rapport au mode de propagation de ces affections, laquelle s'opérait, affirmait-il, par l'intermédiaire du moustique. Celui-ci se chargerait du transport des larves du sang dans l'eau à boire, par l'intermédiaire de laquelle elles seraient ramenées dans l'organisme humain. Cette ingénieuse découverte bien que très largement accueillie, ne laissa pourtant pas de trouver quelques contradicteurs. L'un d'entre eux, Sommerville,

ne

l'e

m

ci

re

ti

Ti

ď

ta

al

pa

(d

CC

ď

lu

vi

CC

3

E

da

cl

VI

B

pi

tu

di

qui habitait la Chine depuis 16 ans, s'empressa de lui opposer les remarques suivantes: Si le moustique est jugé le porteur des filaires et partant le propagateur de la maladie, observait-il, alors aurionsnous tous les jambes et le scrotum enflés. Or, ajoutait-il, jamais, à l'exception seule des époques épidémiques, nous ne faisons préalablement bouillir l'eau à boire. Cependant les Chinois, dont l'usage des boissons chaudes est notoire et invariable, en se montrant du reste tout étonnés de voir les Européens boire de l'eau froide, étaient précisément les seules victimes de la chylurie, du lymph-scrotum, de l'éléphantiasis, etc. Ceux-là étaient absolument épargnés.

Waring déclare avec d'autres n'avoir jamais vu un cas d'éléphantiasis chez un Européen légitime. Rien n'est cependant plus contraire à la vérité que cette prétendue immunité absolue des Européens pour l'affection qui nous occupe. Je viens de faire mention tout à l'heure d'une longue série de faits d'éléphantiasis tant acquis que congénitaux observés par des cliniciens européens chez des enfants français, allemands, autrichiens, et dont les parents n'avaient jamais quitté leur pays. Dans les contrées chaudes, d'autres cliniciens tels que Someren (de Madras) et Gren (de Serampore) déclarent avoir rencontré la maladie chez des individus de race blanche. Enfin, si je voulais faire appel à mon observation personnelle ainsi qu'à celle de mon distingué confrère, M. Silva Araujo, je dirais que sur un stock de 400 cas d'éléphantiasis dont une partie vue en commun et l'autre recueillie par lui-même dans son service, 302 fois le mal fut retrouvé chez des individus de race blanche, Brésiliens ou Européens, tandis qu'on y rencontrait à peine 78 métis et 20 nègres (Atlas des mal. de la peau, 3º fasc., Rio de-Janeiro, 1877, p. 20).

Ces faits prouvent deux choses: 1° que la néoformation éléphantiaque n'est en aucune façon le prévilège des pays tropicaux; 2° que les Européens purs peuvent bien en être atteints tant dans le nouveau que dans le vieux continent. Est-ce cependant à dire que la notion pathogénique admise par Lewis, Bancroft, Manson et d'autres doit être jugée la même partout?

En 1878, deux médecins anglais, à Bahia, Paterson et Hall s'attachant à l'examen du sang de 309 malades pris au hasard au point de vue de la présence de la filaire de Wucherer, ne l'ont pu y constater que 26 fois, soit une proportion à peu près de 8 0/0 (Gaz. med. da Bahia, v. III, 2° sér., 1878, p. 529); 79 d'entre eux étaient blancs, 62 métis et 168 nègres. Le nématoïde fut décelé trois fois chez les premiers, 7 fois chez les seconds et 16 chez les derniers.

Parmi eux, il y avait deux affectés de lymph-scrotum et un d'hématurie; pas un seul ne présentait de manifestation éléphantiaque.

Bien qu'un certain nombre de ces examens eût été pratiqué hors du moment le plus opportun signalé par Manson, il n'est pas moins vrai qu'ils ont permis de voir la filaire chez beaucoup d'individus absolument indemnes de toute affection rapportée à leur présence dans le sang ou dans la lymphe.

Pour mon compte, j'ai pratiqué entre 7 et 8 heures du soir l'examen microscopique du sang chez 13 individus, adultes ou enfants, beaucoup d'entre eux avec le concours de MM. Silva Araujo, Clemente Ferreira et Arthur Moncorvo. Or une seule fois, la filaire a pu être rencontrée chez ces individus dont un à peine Européen, bien que 5 autres fussent affectés d'éléphantiasis, un de lympho-adénome inguinal double, et un autre enfin de lymphangite aiguë. Le porteur de la filaire était un jeune homme ayant un éléphantiasis énorme aux jambes survenu pendant son enfance. Encore tout dernièrement, mon jeune et distingué confrère, M. le docteur Erasmo do Amaral, ancien externe du service de M. le professeur Fournier à l'hôpital Saint-Louis, a bien voulu me communiquer deux cas dont il aurait été témoin au sujet de deux femmes françaises ayant habité Rio, l'une pendant 25 et l'autre pendant 30 ans, lesquelles atteintes d'éléphantiasis aux jambes auraient été adressées à l'éminent professeur. Or ce fut en vain que M. Darier, le chef de son laboratoire, se livra pendant deux mois à la recherche de la filaire de Wucherer dans le sang de ces deux femmes, bien que ces examens eussent été pratiqués invariablement dans la nuit.

Tout cela devrait forcément conduire à aller chercher une condition pathogénique autre que la filaire pour un certain groupe de faits où celle-ci ferait absolument défaut. Cette stase de la circulation lymphatique ne pourrait-elle tenir à un processus inflammatoire d'un tronc ou des rameaux lymphatiques dû à une autre cause parasitaire mal connue?

Le secours de la bactériologie s'imposait donc à la solution du problème; et cela ne se fit longtemps attendre. C'est ainsi que MM. Verneuil et Clado adressaient, en 1889, à l'Académie des sciences une note dans laquelle ils déclaraient avoir reconnu l'identité de l'érysipèle et de la lymphangite. Cela ressortit de leurs recherches expérimentales et microbiennes sur ce sujet. Ils ont pu même voir le streptocoque de l'érysipèle dans une collection purulente due à une lymphangite isolée.

Plus récemment, M. R. Sabouraud, chef du laboratoire de M. E. Besnier, à l'hôpital Saint-Louis, publia dans les Annales de dermatologie et de syphiligraphie (t. III, n° 5, mai 1892, p. 592) une intéressante communication, ayant pour titre: Sur la parasitologie de l'éléphantiasis nostras, dans laquelle il relata minutieusement l'observation de deux femmes, l'une de 33 et l'autre de 39 ans, et d'un homme de 41 ans, atteints tous d'éléphantiasis aux membres inférieurs. Chez tous ces malades il y avait la coïncidence de poussées répétées

d

de lymphangite; de même que chez les deux femmes un érysipèle de la face était aussi survenu. Après l'apparition d'une crise lymphangitique, M. Sabouraud pratiqua quelques scarifications superficielles sur la partie nettement enflammée et le sang prélevé lui a servi à faire des cultures sur gélose.

Trois jours après, l'examen des colonies lui révéla toujours des streptocoques à l'état de pureté. Il croit donc avec raison que la pullulation de ces micro-organismes est la cause des poussées lymphangitiques répétées et originaires de la néoformation morbide en question.

« De toutes ces conditions favorables au microbe, dit-il, c'est la filaire qui profite dans les pays intertropicaux, peut-être en concurrence avec le streptocoque... Quoi qu'il en soit, c'est le streptocoque chez nous. » Il arrive par suite à cette conclusion qu'un grand nombre et peut-être la totalité des éléphantiasis nostras idiopathiques ou symptomatiques doit être rangée parmi les recherches jadis distinctes et aujourd'hui réunies comme un rapport d'effet à cause avec le streptocoque de Fehleissen.

Le résultat des recherches de Sabouraud n'a fait que confirmer la conclusion portée par MM. Verneuil et Clado par rapport à l'identité de l'érysipèle et de la lymphangite. Très intéressé pour ma part à les soumettre à mon contrôle personnel, je ne tardai pas à profiter de la première occasion opportune pour me mettre au travail en m'aidant pour les examens bactériologiques du concours de Arthur Moncorvo, mon fils, chargé des travaux bactériologiques de mon laboratoire. Je relaterai ainsi brièvement nos premières recherches dans ce sens.

Une mulâtresse, âgée de 52 ans, née à Saint-Paul (Brésil), ayant déjà eu une poussée lymphangitique au bras droit, soudainement et sans cause appréciable, est prise de frissons en même temps qu'elle ressent à la partie interne de son membre inférieur gauche une sensation vive de chaleur suivie bientôt de douleur au moindre mouvement. L'examen de la partie affectée, pratiqué quelques heures après, permit de voir une bande rougeâtre s'étendant de la malléole interne jusqu'au pli de l'aine, dont les ganglions se montraient déjà gonflés; aussi par la palpation on y retrouvait un gros tronc lymphatique durci et fort sensible à la pression. La chaleur cutanée s'y montrait d'ailleurs assez élevée tandis que la température centrale restait encore peu au-dessus de la normale. Le sérum prélevé de suite d'une piqure faite à la partie plus nettement inflammée avec les soins aseptiques les plus rigoureux, soumis à l'examen microscopique (8 heures du soir) ne contenait aucun embryon de filaire. Le sérum, recueilli d'une autre piqure au voisinage de la précédente, dans des tubes capillaires stériles, servit à faire des préparations microscopiques colorées avec la solution de Ziehl et montées au baume du Canada, dans lesquelles on put voir avec la plus parsaite netteté le streptocoque de l'érysipèle. Le même sérum recueilli par un autre tube fut encore ensemencé dans l'agar peptonisé

laissé dans l'étuve de Babès à la température de 31° C. Au bout de 48 heures, on y constatait des petits points d'un blanc mat formés autour de la strie. Le surlendemain, ces points réunis entr'eux prenaient l'aspect d'un nuage, au sein duquel on apercevait çà et là des colonies plus épaisses et d'un blanc plus net qui se développaient progressivement. L'examen de ces colonies révéla également la présence des streptocoques de Fehleissen à l'état de pureté. D'autres inoculations faites sur du bouillon et sur des pommes de terre stérilisées prouvèrent ensuite bien l'identité du microorganisme en question. Enfin des rats et des chiens inoculés avec la culture pure ne tarderent à présenter les symptômes caractéristiques de l'érysipèle tant généraux que locaux.

Plusieurs jours après la complète disparition de toute trace de lymphangite chez cette femme-là, le sang prélevé d'une piqûre dans un doigt de sa main, faite vers 8 heures du soir, révéla encore à l'examen microscopiquela présence d'un grand nombre de streptocoques, tandis que les embryons de filaire y faisaient absolument défaut.

Un autre cas analogue à celui qui vient d'être relaté donna lieu à de nouvelles recherches du même genre.

Il y a quelques jours à peine on m'apportait ici un petit garçon de 10 ans, métis, né à Rio, ayant des traces bien marquées de rachitisme ainsi que plusieurs stigmates de l'hérédo-syphilis, lequel se disait très souffrant et presque incapable de marcher. Sa mère me raconta alors qu'après avoir eu à plusieurs reprises des poussées lymphangitiques aux membres inférieurs dont aurait résulté un certain degré d'ædeme permanent au tiers inférieur de ses deux jambes, il venait d'être pris depuis la veille au soir d'une nouvelle crise pareille, mais cette fois plus accusée que les precédentes. Après l'apparition de frissons, la fièvre s'était allumée de même que les membres inferieurs devenaient le siège de douleurs au long de leur partie interne. Au moment de sa présentation il était en effet facile a constater les signes d'une lymphangite ayant particulièrement atteint les troncs lymphatiques, au long desquels il y avait de l'ædème, de la rougeur ainsi que des petites taches rouges éparses disparaissant sous la pression du doigt. Le moindre mouvement des membres provoquait de vives douleurs, notamment au niveau du triangle de Scarpa dont les ganglions se montraient assez tuméfiés. Verş 8 heures du soir le sérum prélevé d'une piqure pratiquée à la partie plus inflammée de la jambe gauche fut recueilli dans des tubes capillaires stériles. L'examen microscopique du sérum fait le lendemain y révéla déjà quelques formes de streptocoques. Ensemencé dans du bouillon d'agar incliné et soumis à la température de 31º C. dans l'étuve de Babès il donna lieu à la formation autour de la strie d'inoculation de colonnes blanches et arrondies, dans lesquelles l'examen microscopique, fait trois jours après l'ensemencement, permit de voir des streptocoques de Fehleissen à l'état de pureté. Trois jours après, la poussée lymphangitique étant déjà éteinte, le sang prélevé d'une piqure pratiquée vers 8 heures du soir à la pulpe d'un doigt de la main de ce garçon fut soumis à l'examen direct qui révéla encore la présence des

stre

étai

sid

pat

que

cen

voi

Les

de

voi

por

tro

en

par

pla

peu

peu

COL

thè

tric

me

hor

leu

que

gér

tias

(

I

1

streptocoques assez caractéristiques tandis qu'aucune larve de filaire n'y était absolument constatée.

Il est inutile d'ajouter que la technique la plus rigoureuse a présidé à tous ces travaux bactériologiques.

Cette nouvelle contribution expérimentale apportée à l'étude de la pathogénie de l'éléphantiasis vient jeter, je le pense, assez de lumière sur l'interprétation du processus vasculaire initial de cette affection lorsqu'elle se développe au cours de la vie fœtale. Les connaissances que nous possédons aujourd'hui sur la transmission par la voie placentaire de tant d'autres maladies infectieuses, nous autorisent à ne voir dans le cas en question que la reproduction d'un fait analogue. Les streptocoques, une fois arrivés dans le sang maternel n'importe de quelle provenance, ne trouvent guère d'obstacles à pénétrer par la voie placentaire dans la circulation fœtale où ils pourront rencontrer un milieu plus favorable à leur culture ; alors ils pulluleront tout en pouvant engendrer de la sorte des altérations inflammatoires d'un tronc ou de rameaux lymphatiques, ainsi que l'a pu constater Jordan dans deux autopsies d'enfants affectés d'éléphantiasis congénital. Il en conclut ainsi judicieusement que c'est le système vasculaire et plus particulièrement le capillaire qui est le point de départ de l'hyperplasie conjonctive. Pour certains cas où la préexistence du streptocoque dans l'organisme maternel ne peut guère être décelée, on serait peut-être tenté de renoncer à cette interprétation pathogénique du mal congénital, mais il ne faut point oublier d'autre part que le germe peut bien rester à l'état latent dans l'organisme de la mère et aller cependant retrouver dans celui du fœtus un milieu beaucoup plus convenable à sa culture, redevenant de la sorte pathogène.

En résumé, rien ne me semble s'opposer à l'adoption de cette hypothèse pour expliquer les altérations vasculaires lymphatiques productrices de la néo formation conjonctive pendant la vie fœtale, notamment dans les cas où la présence des filaires est absolument mise hors de cause.

Or, en tenant compte de mon observation personnelle, la seule d'ailleurs dont j'aie connaissance sous ce rapport, je dirai pour conclure que jusqu'à nouvel ordre j'inclinerai à admettre cette notion pathogénique comme la plus probable par rapport du moins à l'éléphantiasis congénital.

# SOCIÉTÉ FRANÇAISE DE DERMATOLOGIE ET DE SYPHILIGRAPHIE

### SÉANCE DU 9 MARS 1893

#### PRÉSIDENCE DE M. LAILLER

SOMMAIRE: Correspondance imprimée. - A propos du procès-verbal: Dermite exfoliatrice; mort subite, par M. JUHEL-RÉNOY. - Correspondance manuscrite: M. Bogdan, de Jassy. — Lésions trophiques de la main et de l'avant-bras, consécutives à un traumatisme, par M. CH. E. QUINQUAUD. - Note sur quelques cas d'acné varioliforme, ou molluscum contagiosum des régions périanales, périvulvaires et inguino-crurales, par M. BARTHÉLEMY. (Discussion : M. Verchère.) - Présentation d'une pièce anatomique (pléiades ganglionnaires, inguinales et aortique), montrant la marche de l'infection syphilitique, par M. H. MENDEL, (Discussion : MM. FOURNIER, DU CASTEL.) - Mal de Bright syphilitique précoce, par M. HUDELO. — Observation d'hérédo-syphilis développée chez un enfant trois mois après la naissance. Contagion de la nourrice, non par un chancre mammaire, mais par un chancre de l'amygdale. Procès en dommages-intérêts ; rejet de la demande et déboutement de la nourrice sur ce fait qu'elle n'a pas eu de chancre mammaire, par M. J. ERAUD (de Lyon). (Discussion: M. FOURNIER.) — Hydrargyrie de cause externe. Éruption scarlatiniforme sur le corps ; éruption revêtant à la face l'aspect de l'impétigo larvalis, par M. FOURNIER. - Un cas de chancre double par morsure de la face dorsale des doigts, par M. M. LEJARS. (Discussion: MM. FOURNIER, BARTHÉLEMY, FEULARD, THIBIERGE, LAILLER.) — Deuxième note sur un cas de mycosis fongoïde, avec localisation palatine et induration scléreuse de la langue ; résultats de l'autopsie, par MM. HALLOPEAU et JEANSELME. - Sur une poussée de lèpre à manifestations multiples et plus particulièrement sur l'orchite aiguë lépreuse, par MM. HALLOPEAU et JEANSELME.

La correspondance imprimée comprend :

- 1º Les tuberculoses cutanées, par M. DU CASTEL, un vol. de la Biblioth. Charcot-Debove.
  - 2º Der venerische Katarrh, 1893, par Edouard Lang.
  - 3º Diverses brochures de M. Roberto Campana.

#### A PROPOS DU PROCÈS-VERBAL

### Dermite exfoliatrice. Mort subite.

M. Broco. — Voici la réponse que j'ai reçue de M. le Dr Juhel Rénoy à propos de la discussion qu'a soulevée sa communication à la dernière

a

séance de la Société : il s'agissait, comme vous le savez, d'une observation de dermatite exfoliatrice terminée par une mort subite.

« L'hypothèse d'hydrargyrie émise par M. le professeur Fournier ne peut être acceptée. Par une enquête très minutieuse et suspectant lors de l'entrée de la malade une éruption médicamenteuse, j'avais fouillé à fond les antécédents, or aucun médicament même externe n'avait été pris. Cela est sans réplique; d'autre part il n'y avait ni stomatite, ni tremblement, rien de l'hydrargyrisme.

« M. le D' E. Besnier nous objecte qu'il n'y a pas eu de dosage d'urée : c'est vrai, mais on a recueilli quotidiennement les urines qui étaient normales. Chaque jour l'examen de l'albumine et du sucre a été pratiqué et la quantité des urines a été toujours supérieure à 1,500 grammes. Il y avait

à l'autopsie intégrité absolue des reins. »

# Disparition d'un écoulement blennorrhagique pendant le cours d'une pneumonie; retour de l'écoulement après la guérison,

Par M. BOGDAN (de Jassy).

A propos de la correspondance, M. Barthélemy fait la communication suivante :

M. le Dr Bogdan, de Jassy, membre correspondant, me prie de communiquer à la Société le fait suivant : Un jeune homme de 18 ans, entre dans son service de l'hôpital Saint-Spiridon pour une première blennorrhagie, de forme suraiguë, contractée 8 jours auparavant : écoulement purulent très abondant, douleurs très vives pendant et après la miction, etc. 4 ou 5 jours après son entrée, le malade est atteint d'une pneumonie franche occupant une grande étendue du côté gauche; tous les soins furent dès lors dirigés contre la pneumonie, digitale à haute dose, cognac, toniques, etc. Or, dès le lendemain, l'écoulement avait totalement disparu et le malade ne s'en plaignait pas plus que s'il n'en avait jamais eu. Au 10° jour, convalescence de la pneumonie : en même temps, retour de la blennorrhagie tout aussi aiguë, tout aussi purulente qu'au 1° jour.

M. le Dr Bogdan n'a pas encore observé de fait semblable et demande à ce sujet l'avis de la Société ou du moins lui fait part de cet incident remar-

quable en tout état de cause.

Pour ma part, j'ai observé deux faits analogues à propos de fièvre typhoïde grave apparue huit jours après le début de blennorrhagies aiguës. L'un de ces malades a succombé au 18° jour d'une forme ataxo-adynamique que les bains répétés n'ont pas pu vaincre, et sans que la blennorrhagie ait eu le temps de reparaître; l'autre eut, au 17° jour, bien que n'étant pas sorti de son lit, une violente orchite, ce qui montre bien que la blennorrhagie n'est guérie qu'en apparence.

Plusieurs faits du même ordre ou inverses, des excès de marche et autres n'étant suivis d'aucune orchite, ont fait naître, depuis plusieurs années, des doutes dans mon esprit sur l'étiologie par simple propagation de l'orchite et admettre que la question de terrain n'est pas étrangère à la production de cette complication, non plus que l'état infectieux proprement dit, comme dans les oreillons où j'ai vu dernièrement une orchite précéder de quatre jours la fluxion ourlienne; il n'y avait pas de blennorrhagie antérieurement; il n'y en eut pas par la suite.

Certaines affections parasitaires sont enrayées par un état aigu fébrile grave, comme je l'ai signalé dans ma thèse sur la variole et comme les classiques l'indiquent, pour la gale par exemple, dans la pneumonie et dans

la fièvre typhoïde, etc.

# Lésions trophiques de la main et de l'avant-bras, consécutives à un traumatisme,

Par M. CH. E. QUINQUAUD

X..., âgé de ans (1).

Aucune maladie antérieure méritant une mention spéciale.

Le 11 mars 1892, un tuyau de cuivre de machine à vapeur fait explosion. Le malade est atteint à la main droite, et là seulement, par des éclats de métal et par la vapeur ; la paume de la main reçoit des brûlures, le médius et l'annulaire sont traumatisés : plaies longitudinales avec un certain degré d'écrasement. Ces blessures sont pansées plusieurs fois par un pharmacien, mais au troisième pansement, la plaie est infectée, suppure et dégage une mauvaise odeur. Le malade se décide à aller à l'hôpital Lariboisière, chez M. le Dr Périer.

Là, on le panse sans lui faire d'autre opération que d'enlever les parties mortifiées. La dernière phalange de l'index serait restée dans un des pansements; cependant l'ongle est conservé. Le sujet séjourne six semaines à l'hôpital, d'où il sort deux mois après l'accident. Les plaies mettent environ quatre mois à se cicatriser, et, à leur guérison, existe déjà la rétraction des fléchisseurs, c'est-à-dire au mois de novembre 1892, époque à laquelle

les lésions traumatiques avaient disparu.

Pendant quelque temps alors, il ne survient rien de particulier, si ce n'est quelques douleurs peu nettes vers les doigts et le poignet. Il y a seulement un mois, ou guère davantage, que se montrent des douleurs plus intenses : ce sont des douleurs vives, occupant le bras sur toute sa longueur, ayant le caractère fulgurant, et se répétant par accès d'une durée d'un quart d'heure, le jour et surtout la nuit. Elles ont pourtant diminué au niveau des doigts, et remontent jusqu'à l'épaule, comme au début d'ailleurs, sans tendance à se propager plus haut.

Les premiers ulcères ont apparu, 15 jours avant l'entrée du malade, sur la face palmaire du poignet. Huit jours après, d'autres se sont montrés sur la main et le poignet, à leur face dorsale. Leur ordre d'apparition est absolument irrégulier. Ils débutent par une tache rouge, au milieu de laquelle

d

d

fe

d

d

ľ

p

<sup>(1)</sup> Observation rédigée d'après les notes de M. Sée, interne du service.

on peut apercevoir une phlyctène aplatie, blanche, qui s'étend rapidement jusqu'à ses dimensions définitives. A aucun moment nous n'avons pu voir de bulle remplie de liquide. Le malade prétend qu'aucune ulcération ne s'est entièrement cicatrisée depuis le début : plusieurs semblent cependant en voie de diminution.

Actuellement (à l'entrée du malade, 16 février 1893) la main est en forme de griffe avec flexion de tous les doigts, surtout de ceux qui ont été blessés directement. Sur ceux-ci se voient les cicatrices des plaies. La dernière phalange de l'index est absente, et l'extrémité du doigt déformée; l'ongle reste adhérent à la peau. Lorsqu'on essaie de redresser les doigts on provoque une vive douleur.

Des ulcérations arrondies, inégales, au nombre de 7 à 8, siègent, échelonnées, sur la face dorsale du médius et de la main, sur le poignet et les

deux tiers inférieurs de la région postérieure de l'avant-bras.

Elles ont, en moyenne, les dimensions d'une pièce de 50 centimes, et présentent un bord rouge, dégradé en dehors, taillé à pic en dedans; le fond est blanc jaunâtre et donne l'aspect de derme mortifié; sur trois de ces ulcères on remarque des eschares nettes. Le plus ancien de ces élément; est situé à la face dorsale du poignet, le second sur le médius; le dernier date de la veille. Il en existe sur le poignet un qui semble en voie d'apparition. La pointe de l'esthésiomètre dynamométrique placée au milieu des plaies n'est pas sentie avec 200 gr. de pression.

Les 4 derniers doigts dans toute leur étendue, la face dorsale de la main droite, la région moyenne de la main, la région hypothénar, le poignet, l'avant-bras, jusqu'à quelques centimètres au-dessus de l'ulcération la plus élevée, pour sa face dorsale, un peu moins pour sa face palmaire (11 cent. au-dessus de l'articulation radio-carpienne), toutes ces régions présentent une anesthésie à peu près complète : anesthésie à la douleur, au contact et à la température (le malade dit s'être brûlé au second degré sans s'en apercevoir). La pointe de l'esthésiomètre dynamométrique n'est pas sentie avec 200 gr. de pression. La sensibilité profonde est conservée. Une pression un peu forte ou un choc sont perçus.

Le tiers supérieur, la région externe de l'avant-bras droit, la région

thénar, le pouce présentent la sensibilité à peu près normale.

En résumé, à partir du tiers supérieur de l'avant-bras, toutes les régions innervées par les branches sensitives du nerf cubital sont anesthésiées, ainsi que les régions innervées par les branches cutanées du médian, excepté la région thénar, tandis que les régions innervées par le radial sont indemnes, excepté les régions qui reçoivent le collatéral externe de l'index, le collatéral interne de l'index et le collatéral externe du médius.

Tous les mouvements des doigts sont presque abolis, excepté ceux du

pouce qui sont conservés.

La main est froide et un peu cyanosée.

Les douleurs persistent.

La thermométrie locale et comparée des deux mains permet de constater 00,8 en moins, du côté malade. Près de la dernière ulcération, dans une étendue de 3 centimètres, quelques troubles de dissociation de sensibilité : la sensibilité au contact est perdue, tandis que la sensibilité à la douleurest perçue avec retard pour la sensibilité au froid et à la chaleur.

Le 18 février 1893, de la rougeur et de l'inflammation apparaissent autour des plaques, en même temps que les ganglions de l'aisselle deviennent douloureux. Le surlendemain, cette poussée phlegmasique s'est résolue.

Les jours suivants, les lésions prennent uu aspect escharotique plus net; le fond est occupé par des eschares superficielles. Les douleurs sont assez vives. Plusieurs d'entre elles ont de la tendance à guérir avec le traitement losophanique, le pansement ouaté de Guérin, et s'agrandissent avec la cessation de ce traitement.

Le 15 mars, nouvelle éruption après 24 heures d'évolution, elle est constituée de la manière suivante : rougeur d'un centimètre et demi d'étendue, au centre de laquelle existe une phlyctène aplatie, déprimée avec liquide puriforme, peu abondant au-dessous de l'épiderme ; le derme commence déjà à s'escharsier et à présenter un aspect grisâtre.

L'examen histologique des altérations permet de constater des fibres élastiques au niveau des eschares, et, sur des coupes faites par M. Nicolle, on voit les lésions que nous allons décrire.

Les coupes intéressant à la fois la partie exulcérée et la peau saine voisine montrent les détails suivants: L'épiderme un peu hypertrophié et possédant une couche cornée manifestement plus épaisse qu'à l'état normal, est brusquement interrompu au niveau de la perte de substance et offre sur les limites de celle-ci, mais dans une faible étendue seulement, l'état vasculaire qu'on retrouve dans les affections vésiculeuses et bulleuses. Au-dessous de lui les papilles montrent peu d'infiltration leucocytaire. Le derme, dans les régions où il est à nu, présente à sa surface une couche mince de globules blancs et un léger exsudat fibrineux.

Dans toute la coupe la région moyenne du derme est quasi-normale, tandis que la partie profonde est infiltrée de nombreux leucocytes et montre des éléments conjonctifs anormalement hypertrophiés. Ces dernières lésions sont évidemment préexistantes à la formation bulleuse; elles se retrouvent d'ailleurs, avons-nous dit, dans les régions où l'épiderme est conservé.

Nous n'avons point rencontré de rameaux nerveux de calibre dans nos préparations. Quant aux vaisseaux, ils n'offrent rien à noter en dehors des capillaires dont beaucoup sont malades dans les couches profondes du derme. Enfin les colorations microbiennes n'ont rien révélé d'intéressant.

Dans cette observation on voit, à la suite d'un traumatisme violent, survenir un phlegmon, qui finit par guérir en laissant à sa suite des mouvements difficiles des doigts, d'où la main en griffe présentée par le malade. Mais pendant la convalescence le malade s'aperçoit que la sensibilité est éteinte, et que de plus il se produit des lésions névralgiformes du côté du membre lésé. Toutes les régions de l'avantbras droit à partir du tiers supérieur, ainsi que celles de la main, sont

an

de

ur

oc

pé

an

les

ta

ler

pr

du

8'8

de

pa

da

ch

de

l'e

(de

pla

anesthésiées, excepté le pouce et la région radiale. C'est pendant cette phase douloureuse que l'éruption est apparue, caractérisée par des points érythémato-pustuleux avec eschares superficielles, siégeant uniquement dans les régions anesthésiées, et se modifiant en mal ou en bien suivant la cessation ou la réapplication du traitement par occlusion de Guérin, uni au topique losophanique.

Les troubles de l'innervation dénotent une névrite ascendante périphérique laissant intacts certains rameaux d'un nerf, qui est lésé dans plusieurs de ses ramifications. Les troubles de vascularisation

et de calorification sont également très nets.

Il est évident que les altérations ulcéreuses sont en rapport avec le trouble de l'innervation, puisqu'elles siègent uniquement dans la zone anesthésiée, et non pas à côté où la sensibilité est conservée.

S'agit-il là de lésions dues à la lèpre? Le liquide du vésicatoire, les coupes ne dénotent nulle part de bacilles de la lèpre ; le nerf cubital n'est pas altéré. Ou bien serions-nous en présence d'une syringomyélie anormale au début? Non, car la dissociation sensitive est ici tout à fait accessoire, outre que la durée même des troubles essentiellement localisés exclut ce diagnostic. - S'agit-il de troubles trophiques proprement dits? Ces lésions guérissent rapidement sous l'influence du pansement losophanique et par occlusion, pour réapparaître et s'aggraver avec la cessation de ce pansement. Ce sont là certainement des lésions appelées trophiques. Pour nous, c'est un terrain préparé par les lésions nerveuses à l'envahissement microbien, et les troubles de vascularisation expliquent suffisamment les eschares qui se produisent dans ces régions où la circulation est difficile et altérée, du moins dans la région dermique et hypodermique. Il se produit là quelque chose d'analogue à ce qui se passe pour la cornée après l'expérience de Magendie.

Note sur quelques cas d'acné varioliforme ou molluscum contagiosum des régions périanales, périvulvaires et inguino-crurales,

Par M. BARTHÉLEMY.

Sur environ 300 malades examinées et traitées à Saint-Lazare, dans l'espace d'une année, j'ai observé 17 cas de molluscum contagiosum (dénomination étrangère) ou acné varioliforme (Bazin) des régions inguino-crurales et périanales ainsi que des bords libres des grandes lèvres.

Au début, ce sont des lésions absolument minuscules, à peine saillantes, plates, luisantes presqu'à l'égal d'une papule de lichen plan. La coloration est à peu près celle de la peau environnante. Il est alors presque impossible d'affirmer le diagnostic s'il n'y a pas, aux alentours, de lésions parvenues à des degrés plus avancés de développement.

Lentement, ce développement a lieu; il m'a semble qu'il fallait plusieurs mois pour constituer une de ces papules de volume moyen, d'aspect tel qu'on a coutume de les rencontrer et de les diagnostiquer; à savoir : papules saillantes, arrondies et pyriformes, ou aplaties et ombiliquées, transparentes, blanches, lisses, perlées à la façon d'une vésicule fraîche d'herpès, mais solides et dures au toucher, etc.

Parvenues à ce degré, elles sont le siège de quelques élancements douloureux, et de sensations de cuisson qui provoquent le grattage : souvent a lieu, par ce fait, une excoriation du sommet des follicules irrités devenus rosés. Ce petit pertuis laisse sourdre lentement quelques parcelles du contenu contagieux; ce qu'on voit encore quand une excision a été incomplète et sous l'apparence de petites végétations déchiquetées, qui s'accumulent en petites masses finement vermicellées, promptes à sécher et très faciles alors à détacher : de là l'ensemencement des régions voisines et la transmission facile.

Mais le grattage et l'excoriation ont d'autres conséquences encore que la diffusion et la multiplication des lésions; ils en amènent aussi l'irritation et l'inflammation; de là, la rougeur, le gonflement, la douleur, le suintement séreux, sanglant, purulent même, et l'apparition de croûtelles, tous symptômes surajoutés qui peuvent dénaturer l'aspect habituel à l'affection, surtout s'il s'y joint, comme c'est le cas chez la plupart de nos malades, le suintement des syphilides, de la blennorrhagie, et de la malpropreté.

Je me souviens avoir vu autrefois, à Lourcine, un cas où ces *lésions* excoriées et irritées, *étaient presque confluentes aux grandes lèvres* au périnée, au pubis, aux régions inguinales et surtout crurales (réel lieu d'élection) et qui ne fut pas rapporté à sa véritable cause.

Je pense aussi qu'il y a lieu de placer maintenant sous cette étiquette, la plupart des cas décrits par Huguier sous le nom de folliculites. Et je me rappelle avoir vu, dans la collection de mon excellent maître, le professeur Fournier, une intéressante aquarelle, représentant des folliculites ombiliquées des régions génitales externes, qui me semblent présenter une grande analogie avec les lésions en question. Celles-ci pourraient-elles encore aboutir à certains faits de psorospermoses folliculaires confluentes des régions génito-crurales dont la pathogénie reste encore indécise et obscure? C'est ce que seules des observations ultérieures pourront démontrer. Il s'agit, bien entendu, seulement de la confusion objective, clinique et non microscopique.

Quoi qu'il en soit de ces considérations, j'ai l'honneur de placer sous les yeux des membres de cette Société des photographies de H. Cain et un moulage de Baretta représentant une éruption de ces éléments d

contagieux et inoculables développés en abondance autour de l'anus et de la vulve. Le diagnostic histologique a été confirmé par M. Darier.

Il ne faut pas confondre ces cas, comme il arrive si souvent, avec des végétations; du reste, selon les sièges, l'acné varioliforme donne lieu à de fréquentes erreurs de diagnostic: au cuir chevelu, ce sont des loupes, ailleurs des verrues, aux paupières des chalazions, comme on peut en voir de beaux moulages au Musée, sans oublier celui qui démontre l'inoculabilité possible de cette petite lésion.

Une fois créée, elle persiste indéfiniment. La teinture d'iode, les pommades sulfureuses, l'acide nitrique, le nitrate acide de mercure employés seuls ont été impuissants. Chaque fois, le raclage et surtout l'excision suivie d'une cautérisation au nitrate ont été nécessaires pour

amener la guérison définitive.

Présentation d'une pièce anatomique (pléiades ganglionnaires inguinales. iliaques et aortique) montrant la marche de l'infection syphilitique,

Par M. H. MENDEL.

J'ai l'honneur de présenter à la Société une pièce anatomique provenant d'un malade du service de M. le professeur Fournier, mort dans le sixième mois de sa syphilis, c'est-à-dire en pleine période secondaire. Nous avions senti très nettement sur le vivant les pléiades inguinales : il nous a paru intéressant de les disséquer et de remonter par la dissection jusqu'au tronc de l'aorte pour rechercher les pléiades iliaques. Cette recherche a déjà été faite, notamment par mon cher maître M. le professeur Fournier qui en décrit trois beaux cas dans ses leçons de l'hôpital de Lourcine. Les pièces de ce genre, dit M. Fournier, permettent de constater la réaction exercée par le virus syphilitique sur le système lymphatique et la voie suivie par ce virus dans sa pénétration et sa migration à travers l'organisme.

Dans la pièce que voici, on peut voir d'abord les deux pléiades inguinales composées chacune de six à sept ganglions. Ces glandes sont très notablement augmentées de volume : elles varient de la

grosseur d'une noisette à celle d'une noix.

En remontant, on peut voir en dehors des vaisseaux iliaques externes du côté droit deux ganglions gros comme des olives. En dedans de ces vaisseaux, au confluent de l'iliaque externe et de l'hypogastrique, on voit un petit groupe de quatre ganglions tuméfiés. A gauche, on trouve un gros ganglion en dehors de l'iliaque externe. En dedans de cette dernière artère, les vaisseaux lymphatiques unissant les glandes ont été disséqués; on voit un volumineux ganglion communiquant avec plusieurs autres plus petits.

Mais c'est à la partie supérieure de la pièce que se trouvent les glandes les plus volumineuses, formant ce qu'on pourrait appeler un véritable bubon aortique. On peut voir en effet, au confluent des iliaques primitives, le long de l'aorte et de la veine cave, un groupe de cinq à six ganglions, dont deux surtout se distinguent par leur forte taille.

M. FOURNIER. — On a rarement l'occasion de faire l'autopsie d'individus atteints de syphilis secondaire. Le malade qui a fourni les pièces qui nous ont été présentées ayant succombé à une néphrite aiguë, on put disséquer les ganglions de l'aine et les suivre le long de l'artère iliaque jusqu'à l'aorte. Un fait semblable montre bien ce que peut être l'adénopathie syphilitique d'invasion, et le rôle que joue le système lymphatique dans la dissémination de la syphilis.

Une semblable propagation de loin en loin peut se constater quelquefois sur le vivant, et la même invasion progressive se suit de loin en loin. C'était le cas pour le malade auquel se rapporte cette photographie:il était atteint d'un chancre de la paupière. On put voir chez lui, se prendre d'abord le ganglion pré-auriculaire, puis de proche en proche, par voie centripète, les ganglions cervicaux. C'est ainsi, en quelque sorte, que le bubon a fait tache d'huile, sous nos yeux. Cela ne vaut-il pas une autopsie?

M. DU CASTEL. — Je crois autant et plus que tout autre au rôle très important du système lymphatique dans la propagation du virus syphilitique; je crois même, je l'ai écrit quelque part, que certains des prétendus chancres multiples qui se succèdent au voisinage d'un chancre infectant, ne sont que des plaques de lymphangites ulcérées. Ce n'est donc pas une objection que je veux poser, mais un renseignement complémentaire que je veux demander, un point de l'observation précédente que je voudrais voir préciser davantage. Est-il bien certain qu'il n'y avait pas chez ce malade une adénopathie généralisée dont feraient partie les ganglions qu'on nous présente?

M. Fournier. — Sur le vivant, nous n'avons pas constaté d'adénopathie cervicale, et, à l'autopsie, on n'a pas vu d'adénopathie du médiastin; nous sommes donc fondés à admettre qu'il n'y avait pas d'adénopathie généralisée, et, que la chaîne des ganglions, étendue du pli de l'aine à l'aorte, indiquait bien le chemin centripète suivi par l'infection syphilitique dans le système lymphatique.

# Mal de Bright syphilitique précoce,

Par M. HUDELO.

L'histoire de la syphilis rénale précoce est relativement récente : elle nous a été révélée par les travaux de Perroud (1867), de Drysda

(18

ga

un

per

bla

fes

rel

ex

ter

sal

no

da

an

l'e

rh

SO

de

pie

rie

viv

réc

ro

co

ca

jar mi ter

qu no

for

po

dale (1879), de Barthélemy (1881), de Wagner (1882), de Cohadon (1882), les thèses de Descoust (1878), de V. Negel (1883), de Prendergast (1892); M. Mauriac (Leç. cliniques, 1890) en a fait récemment une étude détaillée, dans laquelle on trouve plusieurs observations personnelles intéressantes.

Les cas où l'autopsie a été faite sont fort peu nombreux ; dans tous, on a trouvé comme forme anatomique de la lésion rénale, le gros rein

blanc, la néphrite parenchymateuse.

Nous avons pu observer ces jours-ci dans le service de M. le professeur Fournier un malade atteint de brightisme au cours d'une syphilis de quelques mois et chez lequel il nous a été impossible de relever en dehors de la syphilis aucun facteur étiologique qui puisse expliquer les lésions rénales; la mort de notre malade nous permettra de faire un examen histologique minutieux. Remarquons que l'intensité et la rapidité d'évolution des accidents terminaux nous a empêché de chercher dans l'institution d'un traitement spécifique suffisant la confirmation de notre diagnostic.

Voici les détails de cette observation, rédigés d'après les notes que nous a remises M. Gruet, externe du service.

Le nommé J..., Nicolas, âgé de 34 ans, terrassier, entre le 18 février 1893,

dans le service de M. le professeur Fournier (salle St-Louis, n° 30).

Les antécédents héréditaires du malade ne présentent rien à noter. Les antécédents personnels se réduisent à ceci : Une fièvre typhoïde dans l'enfance, une bronchite à 17 ans. Pas de maladie aiguë récente; pas de rhumatismes; pas de paludisme; éthylisme léger; le malade raconte que son métier l'oblige souvent à travailler en tranchée, dans des lieux humides, sous terre.

Il y a cinq jours, le malade remarque pour la première fois qu'il a les pieds enflés; depuis, l'œdème a envahi rapidement les deux membres inférieurs et le scrotum; de plus, le malade ressent une oppression assez vive.

A l'examen, on constate tout d'abord les symptômes d'une syphilis récente : sur le tronc et les membres on voit une éruption de papules d'un rouge brun, saillantes, quelques-unes entourées à leur périphérie d'une collerette épidermique; sur certains points, l'éruption se fusionne en placards surélevés, squameux, psoriasiformes (membres inférieurs, plis du jarret, dos); sur le gland, quelques papules non érosives; aux deux commissures buccales, érosions fissuraires, grisâtres. Le malade est donc porteur d'une éruption cutanée syphilitique secondaire et de plaques muqueuses labiales; il y a un mois, il aurait eu une éruption plus discrète de quelques taches, sur le tronc (roséole?). Quant au chancre, il n'a pas été noté par le malade, mais il reste encore, comme vestige de cet accident, un très petit noyau dur à la face inférieure du gland dans l'épaisseur du fourreau de la verge, et dans les deux aines, mais surtout à droite une polyadénopathie dure, indolente, typique.

Le malade est donc un syphilitique avéré, en cours de lésions secondaires, vraisemblablement au 4° ou 5° mois depuis le début de l'infection.

Il présente un œdème considérable des deux membres inférieurs, depuis leur extrémité jusqu'à leur racine, œdème blanc, peu dur, indolent; le scrotum est très fortement œdématié, et la tuméfaction atteint la paroi abdominale dans sa partie inférieure.

Cet œdème, avons-nous dit, s'est développé en 5 jours, il est apparu brusquement, sans douleurs lombaires, sans refroidissement bien net; le malade affirme n'en avoir jamais présenté antérieurement, même à un moindre degré.

Pas d'ascite appréciable.

Depuis plusieurs semaines, le malade éprouvait une céphalalgie continuelle, qui s'est accrue depuis l'apparition de l'œdème; quelques épistaxis également depuis quelque temps.

Il se plaint depuis quelques jours aussi d'une dyspnée assez marquée ; la respiration est fréquente, courte, sans autres altérations du rythme.

L'appétit est très diminué depuis 4 ou 5 jours, mais le malade n'a ni nausées, ni vomissements, ni diarrhée.

Les urines que le malade émet devant nous sont un peu troubles, couleur bouillon; la chaleur, l'acide nitrique font constater un abondant précipité d'albumine; le malade n'a pas de pollakiurie; il ne semble pas non plus avoir de polyurie.

Le cœur est gros, la pointe abaissée; les bruits sont nets; on perçoit un bruit de galop typique (dédoublement du 1er temps). Pas de bruit de souffle.

Le pouls est plein, régulier : 90 pulsations.

On entend dans les deux poumons des râles bronchitiques disséminés, la respiration est affaiblie aux deux bases au niveau desquelles on note de la submatité en arrière sur une hauteur de trois travers de doigt : pas de souffle ; quelques râles sous-crépitants à la base gauche.

Expectoration muqueuse, non collante.

Traitement : régime lacté absolu, ventouses sèches.

19 février. Le malade a très mal dormi; il ne peut rester couché, et est resté assis sur son lit une partie de la nuit. Il est pâle, sans œdème de la face, ni des paupières.

Le 20. Oppression très augmentée ; sommeil nul. Par la percussion, on note de la matité aux 2 bases en arrière ; à l'auscultation, râles sous-crépitants abondants et fins à gauche.

L'expectoration est restée claire, muqueuse, non adhérente, mais elle est striée de filèts de sang assez abondants.

Même traitement.

Le 21. Insomnie persistante; dyspnée continuelle. L'œdème persiste, et aurait plutôt un peu augmenté. Les urines sont aujourd'hui colorées, un peu rougeâtres, sans être hématiques; elles laissent au fond du vase par le repos un abondant dépôt floconneux.

Les urines des 24 heures (du 20 matin au 21 matin) examinées par M. Cathelineau donnent les résultats suivants : volume 1,200 gr.; densité, 1013; réaction acide; urée, 30 gr. 50; albumine, 3 gr. 66.

1

per

lar

D.

bu hé

cy

u

ir

p

n

d

t

Traitement : KI 1 gr. ; 1 gr. de frictions ; régime lacté (3 litres), ven-

Le 22. La dyspnée, un peu amendée, a permis au malade de reposer un peu la nuit dernière. La toux est fréquente, pénible, quinteuse : l'expectoration est assez abondante, muqueuse.

L'œdème a envahi tout le fourreau de la verge.

La céphalée ne se calme pas.

Pas de vomissements, ni diarrhée.

A l'auscultation, on constate à la base du poumon droit, en arrière, un large fover de râles sous-crépitants fins, sans souffle ; matité aux 2 bases.

Les urines sont troubles, colorées, déposant abondamment (vol. 1,900 gr. :

D. 1012 : urée. 38.57 : albumine, 11.02).

M. Darier examine au microscope le dépôt urinaire ; il trouve des globules rouges abondants, des cylindres de nature très variée (cylindres hématiques, muqueux, épithéliaux et granuleux, et un petit nombre de cylindres hyalins); les leucocytes, les cristaux sont rares.

Le 23. L'état général du malade s'est considérablement aggravé depuis hier soir; il a passé toute la nuit assis dans un fauteuil sans dormir, en proie à une dyspnée extrême. Nous le trouvons ce matin en orthopnée : inspiration énergique, expiration pénible, un peu sifflante, pas de tirage; pas de respiration de Cheyne-Stokes.

La toux est quinteuse, fatigante.

Pas de vomissement : un peu de diarrhée dans la nuit : soif vive : langue saburrale, humide.

La céphalalgie a à peu près disparu.

L'expectoration est assez abondante, spumeuse, colorée en jaune brun, un peu visqueuse et adhérente.

L'examen du thorax révèle une matité complète dans toute la moitié inférieure, surtout à droite ; à gauche, à la base, la matité est moins complète. On entend, à la base droite, un souffle à timbre relativement doux, ne se prolongeant pas du côté opposé et mèlé à des râles sous-crépitants fins, presque crépitants; à la base gauche, râles sous-crépitants nombreux; dans le reste de la poitrine, rales sibilants abondants.

La matité péricardique est manifestement accrue ; le bruit de galop s'entend toujours avec la plus grande netteté.

Pouls petit, faible, mais régulier: 140 pulsations. Le malade, cyanosé surtout au niveau des lèvres, des mains qui sont froides, couvert de sueurs, est soumis à des injections d'éther, de caféine, avec inhalations d'oxygène, ventouses répétées, cataplasmes sinapisés; suppression de l'iodure et des frictions. Urines: vol. 800, D. 1015; urée 20,64; alb. 4,80.

Le 24. Amélioration marquée de la dyspnée : 50 respirations ; les lèvres et les mains sont moins cyanosées; mais le malade n'a pas dormi la nuit et est encore couvert de sueurs.

L'expectoration reste un peu visqueuse, ambrée de couleur.

Le soutile n'est plus entendu à la base droite en arrière, mais on entend aujourd'hui à la même base, en avant, du souffle doux, des râles souscrépitants fins en foyer; la matité est complète à ce niveau. Notons qu'en arrière la matité persiste des deux côtés dans plus de la moitié de la hauteur du thorax.

Les bruits cardiaques deviennent plus sourds, plus lointains; la matité cardiaque est accrue verticalement et transversalement; on entend touours nettement le bruit de galop.

Le pouls est à peine perceptible, irrégulier : 100 pulsations environ.

L'œdème est stationnaire; la diarrhée a disparu.

Urines: vol. 1,100: D. 1014; urée 33,33; albumine 8 gr. 14.

Le 25. L'état général continue à s'améliorer légèrement; le malade a un peu dormi : respiration, 48; pouls, 100, petit, mais plus régulier.

Expectoration aérée, non colorée, un peu collante encore. Râles sibilants dans la partie supérieure des deux poumons; large foyer de râles sous-crépitants fins dans toute la moitié inférieure du poumon droit, surtout à la base.

Le malade est toujours apyrétique : 36°,4 le soir, 36°,2 le matin.

L'œdème est stationnaire.

Le 26. Amélioration persistante; respiration, 36; pouls régulier, plus

ample: 102 pulsations. Température: 36°,5.

Le souffle a disparu dans le poumon droit, les râles fins ont diminué et fait place à de gros râles humides ou sibilants; mais la matité persiste des deux côtés aux bases.

Les urines sont claires, et ont atteint dans les 24 heures, 3 litres.

Le 27. L'oppression est très modérée, Pouls ample : 100 pulsations. Température : 37°,2 hier soir, 37° ce matin. Le malade a rendu dans les 24 heures 4 litres d'urines claires.

Suppression de la caféine; continuation du régime lacté, des ventouses.

Le 28. État stationnaire. Respiration, 36; pouls 120.

Température: 37º,2 et 37º.

Malgré la polyurie qui se maintient (3,500 gr. dans les dernières 24 heures avec 41 gr. d'urée), l'œdème a peu diminué.

L'expectoration est peu abondante, moins adhérente. On reprend les frictions mercurielles à 1 gramme.

1er mars. Même état. Urines: vol. 2,300, D. 1010; urée, 62,10; albumine, 10,81.

Le 2. La dyspnée a de nouveau repris depuis hier soir; insomnie complète; respiration, 52; pouls petit, 120; l'expectoration est redevenue collante; elle est absolument sanglante: le sang est mêlé aux mucosités, il est d'un rouge assez vif.

On n'entend pas de nouveau foyer de souflle, mais seulement des râles nombreux disséminés partout.

L'œdème a un peu augmenté; il envahit aujourd'hui le bras droit.

Les urines sont retombées à 750 gr.; elles sont de nouveau colorées, troubles (D. 1012; urée 22,72; alb. 11,325).

Température, 37°,8 hier soir, 37°,5 ce matin.

Le 3. Persistance de la dyspnée, des crachats hémoptoïques. Température, 37°,8, 37°,4.

On note, à gauche et en arrière, un petit foyer légèrement soufflant vers la partie moyenne du poumon.

Matité absolue persistante aux 2 bases jusqu'à la partie moyenne, avec disparition presque absolue du murmure vésiculaire.

po

co

m pli

ch

re

tar

qu

cos

àl

de

on

me

po

vol

le

tio

ma

mé

no

sur

dis

àb

par

où

bre

lob

lob

1

F

(

Matité péricardique très augmentée, bruits cardiaques sourds.

Les urines sont troubles, un peu rougeâtres (17,29 d'urée, 12,725 d'albumine).

On reprend la caféine, l'oxygène ; cessation des frictions.

Le 4. Léger subdélirium nocturne. Respiration superficielle, fréquente : 64; pouls petit, régulier : 100. Expectoration sanglante.

Température : 37º,7 hier soir ; 36º,4 ce matin.

Le malade tombe dans la journée dans un état demi-comateux et succombe à une heure du matin.

Notre malade a donc présenté des signes évidents d'un mal de Bright, à marche rapide, survenu au cours d'une syphilis secondaire récente, compliqué d'accidents d'apoplexie pulmonaire à foyers multiples, avec épanchement pleural et péricardique, accidents qui ont vraisemblablement précipité le dénouement fatal; remarquons que la température est toujours restée relativement basse, même hypothermique.

Nous pratiquons l'autopsie le 6 mars au matin : Cadavre rigide; persistance de l'œdème aux membres inférieurs.

Cavité thoracique: L'ouverture donne issue immédiatement à une grande quantité de liquide séreux, à peine louche, renfermé dans les 2 plèvres (2 litres environ pour les 2 plèvres avec prédominance à droite). La séreuse costale est lisse, unie, sans fausses membranes, sauf à droite où l'on note à la partie inférieure et au niveau du cul-de-sac costo-diaphragmatique des fausses membranes fibrineuses, molles, jaunâtres; pas d'adhérences résistantes avec la plèvre viscérale.

Les poumons sont extraits du thorax et examinés séparément;

Poumon gauche: La coloration générale du parenchyme est normale; on note un peu d'emphysème vers le bord antérieur, et quelques fausses membranes pleurales molles, donnant un aspect chagriné à la surface du poumon.

A l'angle antéro-inférieur du lobe inférieur, on constate un noyau du volume d'une grosse uoix, brun noirâtre à la surface, qui s'enfonce dans le parenchyme, où on le distingue nettement à la coupe par sa coloration noirâtre, l'aspect granité qu'il présente; sa consistance est dure, mais friable; sa densité est telle que des fragments excisés tombent immédiatement au fond de l'eau; des coupes successives font voir que ce noyau est constitué par la réunion de deux noyaux primitifs encore séparés sur quelques points par des flots de parenchyme congestionné ou splénisé-

On remarque plusieurs autres noyaux, du volume moyen d'une noisette disséminés dans le lobe supérieur, ayant une forme plus ou moins conique à base périphérique, pleurale.

En dehors de ces noyaux qui ont tous les caractères des infarctus, le parenchyme est souple, crépitant, sauf immédiatement autour des noyaux où l'on note de la splénisation.

Poumon droit : Épaississement très marqué de la plèvre viscérale, nombreuses fausses membranes molles, adhérentes, formant au niveau du lobe inférieur qu'elles tapissent en entier une véritable coque mince; nombreuses fausses membranes avec adhérences molles dans la scissure interlobaire. En outre de 4 à 5 noyaux du volume d'une noisette disséminés dans le lobe supérieur, on constate que toute la moitié inférieure du lobe inférieur est occupée par un énorme noyau, brun noirâtre, dur, non crépitant, environné d'une zone de parenchyme densifié, mais moins dur, de pneumonie catarrhale; sur la coupe, le noyau est noir, un peu granité, friable; il plonge au fond de l'eau.

Cà et là, on trouve autour de ces divers infarctus des petits vaisseaux oblitérés par des caillots assez mous encore, non suppurés cependant.

Nous avons incisé avec M. Darier les branches principales, puis les branches secondaires de l'artère pulmonaire, sans rencontrer de caillot, ni d'embolus, ce qui exclut l'idée d'une embolie massive et rend probable l'existence de petites embolies multiples. On ne trouve en aucun point du poumon de noyau d'induration autre que ces infarctus.

Les ganglions du hile sont normaux.

Péricarde: Le péricarde est distendu par du liquide clair, citrin; le feuillet pariétal est lisse, uni; sur le feuillet viscéral, on note vers la base quelques épaississements végétants et au niveau de la base du ventricule droit une fausse membrane, grisâtre, résistante qu'on peut détacher avec la pince.

Cœur: Poids, 780 gr. Le cœur est très gros, mais il est plus dilaté qu'hypertrophié. La dilatation porte surtout sur le ventricule droit et les deux oreillettes.

Le ventricule gauche est rempli de caillots mous, noirs, agoniques; l'orifice mitral dilaté admet largement 3 doigts; aucune végétation, aucun épaississement sur les valves de la mitrale; l'orifice aortique est normal, les sigmoïdes intactes, les coronaires perméables aussi bien à leur orifice que dans leur continuité; le myocarde du ventricule est pâle, peu épaissi, peu induré.

L'oreillette gauche est très dilatée et pleine de caillots agoniques.

Le ventricule droit présente des altérations qui tiennent évidemment sous leur dépendance les embolies pulmonaires que nous avons observées. Sa cavité est remplie de caillots mous, noirs, agoniques ; lorsqu'on les a enlevés, on constate un caillot plus résistant, fibrineux, jaunàtre, qui se prolonge à travers l'orifice tricuspide vers l'oreillette; enfin, dans les mailles myocardiques du sommet du ventricule, on trouve de nombreux caillots arrondis, globuleux, de dimensions variables, encastrés entre les colonnettes musculaires : parmi ces caillots, quelques-uns sont un peu ramollis à leur centre. D'autres laissent échapper à l'incision un liquide gris rougeâtre absolument puriforme; après écoulement de cette matière, la périphérie du caillot persistait sous forme d'une sorte de coque fibrineuse non ramollie. Ce sont donc bien nettement des végétations granuleuses de Laënnec. Au microscope, nous avons vu avec M. Darier que la matière puriforme est constituée par des granulations de fibrine désagrégée avec des hématies nombreuses et peu de leucocytes. Nous n'avons pu y déceler de microbes. Ces caillots, inégalement ramollis, ont été évidemment l'origine des embolies qui ont été oblitérer dans les poumons les petites branches des artères pulmonaires.

L'oreillette droite est très dilatée; pas de caillots ramollis.

al

tit

ca

se

ra

bi

SC

on

in

M

tio

tes

co

da

pa

vé.

pu

fec

bie

L'aorte est normale dans sa partie thoracique : pas d'athérome, ni autre altération.

Foie: Poids 2,150, c'est le type du foie muscade, un peu accru de consistance. Pas de cirrhose très prononcée; surface lisse. Pas de périhépatite.

Rate: 290. On trouve en plein parenchyme 3 petites concrétions dures, calcaires, du volume d'un grain de millet à un petit pois.

Rein gauche: poids 200 gr. La surface est absolument lisse et la capsule se détache très facilement; sur la coupe la substance corticale est un peu épaissie, un peu pâle, mais sans coloration blanchâtre nette; les pyramides de Malpighi semblent normales.

Les artères incisées jusqu'à la zone limitante ne présentent aucune alté-

ration appréciable.

Rein droit: 230 gr. Comme le précédent, il est lisse, uni, se décortique bien, sauf vers son sommet où l'on remarque en deux ou trois points des dépressions cicatricielles au niveau desquelles le rein commence à se scléroser: en ces points, la capsule était adhérente.

Sur la face antérieure, dans sa moitié supérieure, on voit des flots plus ou moins irréguliers, d'une coloration jaune, durs, entourés d'une zone injectée, presque ecchymotique; sur les coupes, on voit ces flots pénétrer en coin dans la substance corticale jusqu'à la base des pyramides de Malpighi, ils sont jaunes, lisses, durs, entourés d'une bande très congestionnée: ce sont des infarctus rénaux.

Le reste du parenchyme est pâle; la substance corticale est très légèrement épaissie, les colonnes de Bertin surtout sont tuméliées, saillantes sur la coupe: leur surface est granuleuse et rappelle, suivant la comparaison faite en pareil cas, la chair d'anguille; les pyramides de Malpighi sont nettes, mais relativement peu colorées.

La consistance du parenchyme n'est pas sensiblement accrue.

Les branches de l'artère rénale et celle-ci même sont normales : pas de coagulation dans leur lumière.

Bassinet normal.

Intestin normal, parois un peu congestionnées.

Péritoine normal; ascite légère.

Cerveau normal, ainsi que le cervelet et le bulbe.

Nous constatons donc: d'une part des altérations rénales, un peu différentes de celles qui ont été vues dans des cas semblables au nôtre, c'est-à-dire du gros rein blanc; il semble ici que nous ayons une néphrite diffuse, subaiguë, autant interstitielle qu'épithéliale, avec tendance même sur certains points à la rétraction de l'organe; d'autre part, des altérations de myocardite, avec thrombose sous forme de végétations globuleuses dans le cœur droit, péricardite, embolies pulmonaires multiples, pleurésie, relevant vraisemblablement d'infections secondaires surajoutées qui ont déterminé la mort rapide, bien plus que les lésions rénales elles-mêmes.

Un examen histologique ultérieur des reins malades déterminera

268

d'une manière précise la nature, la topographie et le stade d'évolution des lésions.

Aujourd'hui, nous ne voulions qu'apporter une observation nouvelle, à adjoindre au chapitre de la syphilis rénale précoce.

Observation d'hérédo-syphilis développée chez un enfant 3 mois après la naissance. Contagion de la nourrice non par un chancre mammaire, mais par un chancre de l'amygdale. Procès en dommages-intérêts: rejet de la demande et déboutement de la nourrice sur ce fait qu'elle n'a pas eu de chancre mammaire,

#### Par M. J. ERAUD.

Cette observation que j'ai l'honneur de communiquer à la Société m'a paru présenter quelque intérêt surtout au point de vue médicolégal. Elle mérite même de fixer l'attention des syphiligraphes et surtout des tribunaux. La voici :

3 septembre 1890. Mmº T... vient me montrer son enfant, aujourd'hui âgé de 4 mois. Elle m'apprend que le 4º jour de sa naissance, cet enfant a été donné à une nourrice de la campagne. L'enfant se développait régulièrement, lorsqu'il y a un mois, soit 3 mois après la naissance, apparut une éruption d'abord sur le tronc, puis sur les cuisses, sur la face, éruption qui fut considérée, paraît-il, comme non dangereuse. La nourrice continua ainsi pendant un mois à lui donner le sein ou plutôt le biberon, lorsqu'elle se décida à l'amener aux parents qui, sur l'avis de leur médecin, me le montrèrent. Son état était le suivant: Point de macules, ni de maculo-bulles, ni de papulo-bulles, mais une éruption papuleuse occupant le tronc, les cuisses, surtout le dos. Ces taches arrondies, d'un rouge sombre, dépassent à peine un centim. (syphilide papuleuse). D'autre part, sur la face, le cou, je constate une éruption recouverte d'une squame blanc grisâtre, assez épaisse, sèche, qui se soulève en bloc et qui laisse à nu une surface cuivrée (érythème ou syphilide squameuse).

A la face, l'éruption érythémato-papuleuse affecte la région mentonnière, le pourtour des paupières. Sur le cuir chevelu, elle devient croûteuse, rupioïde. Dans les points où la peau est en contact avec elle-même, existent des érosions, des ulcérations : une, dite plaque auriculaire (Sevestre), occupe l'extrémité postéro-inférieure du sillon qui sépare l'apophyse mastoïde du pavillon de l'oreille. Enfin aux aines, dans la région sous-maxillaire, existent des ulcérations cutanées (plaques muqueuses de la peau). Quelques syphilides sur les lèvres et surtout aux commissures des lèvres. Rien de nettement appréciable sur la langue, le pharynx. L'enfant présente en outre une certaine raucité de la voix. Le corps paraît amaigri, ridé. (Le diagnostic n'offrant aucun doute, je conseille en conséquence un traitement antisyphilitique : soit 5 gr., puis 10 gramm. de liqueur de Van

Swieten à prendre par jour.)

Ce même jour (3 septembre) je procède à l'examen de la nourrice. C'est une femme de 36 ans, paraissant plus vieille que son âge, et d'apparence chétive. Bien que d'une constitution délicate, elle jouit d'une santé satisfaisante. A été mère de 5 enfants, tous vivants, à l'exception du 3º qui est mort à l'âge de 2 ans. N'a jamais eu de fausse couche. Actuellement ni ulcération génitale ni engorgement ganglionnaire concomitant. Rien sur le tégument. Rien aux seins : du reste, ceux-ci sont flasques et à peu près complètement dépourvus de sécrétion lactée. Aussi, le lait manquant, elle élève, depuis 5 à 6 semaines, l'enfant avec le biberon, avec des potages. En somme, rien à signaler, si ce n'est un mal de gorge qu'elle ressent depuis quelques jours, avec un ou deux ganglions sous le maxillaire inférieur, à droite. D'où conclusion : je ne trouve aucun signe de syphilis pour le moment chez cette femme ; mon attention étant portée exclusivement sur le sein, je ne tiens pas compte, comme j'aurais dû le faire, de l'état de la gorge, de la bouche.

J'examine également le même jour (3 septembre) son mari qui m'assure n'avoir jamais eu aucune affection vénérienne; au surplus je ne constate sur lui aucune ulcération récente ou ancienne sur les organes génitaux, ni pléiade inguinale, ni éruption quelconque, ni plaques ni ulcérations dans

la gorge.

Finalement, je conseille à la nourrice de rendre le nourrisson à sa famille et de revenir me voir dans quelques jours.

Le 11. L'enfant parut aller mieux: les plaques érythémateuses du tronc ont pâli. Du reste, il prend bien le biberon et ne présente aucun trouble digestif; il a pris régulièrement la liqueur de Van Swieten. (Je conseille cataplasmes et pommade boriquée pour détacher les croûtes de la face et du cuir chevelu.)

Le 18. Je revois l'enfant qui a un peu souffert la veille et l'avant-veille. Il présente un peu de muguet ; en outre, il a pris une teinte subictérique. Il tette plus difficilement. (On remplace liqueur de Van Swieten par frictions mercurielles.)

Le 20. Je suis appelé auprès de l'enfant qui vient d'avoir des crises d'éclampsie ou d'asphyxie? Il est de plus en plus débilité, et son état s'est aggravé.

Le 24. Mort de l'enfant.

Le 26. Je revois la nourrice ainsi que son mari. Sur ce dernier, je ne trouve toujours rien de suspect. Quant à la nourrice, son mal de gorge persiste toujours avec coexistence de 2 à 3 gros ganglions sous-maxillaires. Je constate bien sur l'amygdale droite une ulcération en gouttière, assez profonde, un peu déchiquetée, mais est-ce un chancre syphilitique? J'hésite toujours, attendant des symptômes plus positifs, s'il doit s'en produire.

24 octobre. J'examine à nouveau la nourrice et son mari. Celui-ci ne présente toujours rien. Quant à la nourrice, je lui trouve une éruption maculo-papuleuse étendue à presque tout le tégument. A la vulve, pas de condylomes ulcérés, mais il existe quelques papules rares, légèrement humides. Plaques opalines sur les amygdales. Rien sur la langue, ni sur les lèvres. Chute facile des cheveux; alopécie en clairières. L'ulcération déjà observée sur l'amygdale droite est en voie de disparition, mais les 2 ou 3

gros ganglions indolents, signalés dans la région rétro-maxillaire, persistent toujours. La malade est en outre amaigrie, anémiée. (Interrogée à nouveau sur le mode d'allaitement du nouveau-né, elle répond qu'elle avait un lait de 9-10 mois lorsqu'elle se chargea de l'enfant, mais que depuis 2 ou 3 mois, n'ayant plus de lait, elle l'élevait soit à la téterelle, soit avec des soupes. Elle ne pouvait donc s'expliquer la contagion que par les contacts incessants qu'elle avait avec l'enfant, contacts d'ailleurs qui sont communs aux mères et aux nourrices (cuillers, biberon, baisers, etc.).

20 novembre. Je revois la nourrice dont l'éruption maculo-papuleuse a disparu entièrement. Pas de céphalée. Plus d'alopécie. Pas de plaques muqueuses vulvaires. Pas de plaques amygdaliennes à la date de ce jour : elles sont cautérisées de temps en temps par son médecin. (J'examine encore son mari qui ne présente toujours aucune lésion ni rien de suspect,)

Voici maintenant l'histoire du père et de la mère de l'enfant, consignée à la date du 24 septembre 1890. Agé de 28 ans, M. T... est marié depuis le 9 février 1889. Bonne santé habituelle. Aurait eu, 6 mois avant son mariage, des plaques muqueuses labiales. Interrogé sur le siège du chancre, il prétend ne l'avoir jamais vu. Toutefois, en arrière du gland et à gauche du filet, on aperçoit une cicatrice étoilée, de forme ovalaire ; quelques ganglions durs, indolents dans les deux aines. Quoi qu'il en soit, il n'a jamais fait de traitement antisyphilitique. Quant à sa femme, elle paraît avoir été infectée dans les deux ou trois premières semaines qui suivirent son mariage, mais ce n'est que vers le 4º mois de son mariage qu'elle présenta des plaques muqueuses vulvaires assez confluentes qui lui déterminaient une vraie gêne pour la marche et dans la miction. Elle consulta alors un confrère qui la soumit aux pilules Dupuytren. Devenue enceinte vers le 5° mois de la syphilis, elle fut traitée pendant quelques mois et elle accourha à terme d'un enfant qui fut considéré par le médecin accoucheur comme sain, car on ne trouva chez lui ni pemphigus, ni éruption quelconque ni même coryza. Au bout de 4 jours, cet enfant fut confié à la nourrice dont j'ai relaté plus haut l'observation. Tel est le fait clinique.

Les considérations qui en découlent ont trait à la double question de l'hérédité paternelle et maternelle, et à la date d'apparition des pre-

miers accidents spécifiques chez l'enfant.

Tout d'abord l'influence paternelle. Ici, malheureusement comme dans la plupart des cas d'hérédo-syphilis où les deux géniteurs sont en cause, il est difficile sinon impossible même de reconnaître sa portée et son action. Ici, elle paraît avoir été nulle ou tout au moins n'avoir joué qu'un rôle effacé, car la conception s'étant faite 5 mois environ après la transmission de la syphilis du mari à la femme, à cette dernière sans doute revient le rôle capital sinon exclusif dans l'hérédité.

En effet, ce cas de syphilis maternelle antéconceptionnelle (5 mois) vient corroborer l'opinion, à savoir que la syphilis est beaucoup moins grave dans ces conditions pour l'enfant que lorsqu'au contraire la syphilis est contemporaine de la conception ou qu'elle débute dans

les 3 à 4 premiers mois de la grossesse. Bien plus, loin d'avorter, comme c'est presque la règle dans ces dernières conditions, cette femme est accouchée à terme d'un enfant apparemment sain, ou qui tout au moins ne présentait aucun signe révélateur. A noter aussi l'époque d'apparition des accidents chez l'enfant, soit dès l'âge de 3 mois.

Reste enfin le côté médico-légal qui est le point intéressant de cette note.

Dix mois environ après le début des accidents, après avoir réclamé en vain une indemnité à la famille de l'enfant la nourrice intenta un procès en dommages-intérêts contre le père. Pour ce, elle eut recours à l'assistance judiciaire, et présenta à l'appui de son instance, un certificat établi par son médecin, dont la teneur n'est pas parvenue à ma connaissance. D'autre part, M. T..., M<sup>me</sup> T..., les parents de l'enfant, produisirent un certificat médical établissant qu'au moment présent, il n'y avait pas d'accident syphilitique: ce qui est facile à concevoir, car la syphilis du père remontait déjà à près de trois ans, et la syphilis de la mère au moins à deux ans. Peu défendue ou mal défendue, et vu l'absence de chancre mammaire, la nourrice fut déboutée de sa demande.

Que déduire de ce jugement? Certes, il est et il reste toujours admis que le mode de contagion de la nourrice par le nourrisson, le plus fréquent et en même temps le moins incontestable, est le chancre mammaire. C'est là, pour ainsi dire, une loi dont la notion scientifiquement et vulgairement connue régit en quelque sorte les rapports de la syphilis des nourrices et des nouveau-nés.

Mais suit-il forcément de ce qu'une nourrice ne présente pas de chancre mammaire, qu'on puisse nier la contagion par le nourrisson? Assurément, les cas de contagion, en dehors du chancre mammaire, doivent être soumis à caution. Mais encore y a-t il des distinctions à faire? Il ne peut pas être question ici des chancres génitaux, car ils supposent un mode de contagion spécial et sur lequel il n'y a pas de discussion à ouvrir. Mais, par contre, ne doit-on pas admettre, aujour-d'hui surtout que les nourrices usent et abusent du biberon, qu'il peut y avoir d'autres portes d'entrée pour la syphilis, plus rares sans doute, mais dont parfois la preuve est facile à établir?

Le but de cette observation est donc d'appeler l'attention sur ce point: c'est que l'infection syphilitique, dans des faits hors de doute, peut se faire du nourrisson à la nourrice par une autre voie que le sein. Les tribunaux, dans leurs jugements, doivent se tenir en garde dans certains procès de cette nature. Car le cas rapporté ci-dessus est une preuve de ce qu'une nourrice infectée par un nourrisson a été renvoyée, à tort, des fins de la plainte, de parce fait qu'il n'yavait pas eu de chancre mammaire.

M. FOURNIER. — A propos de la communication de M. Eraud, il y aurait lieu d'entamer une grande discussion ou de ne rien dire; ce dernier parti est encore sans doute le plus sage. Nous ne pouvons discuter sans connaître d'une part dans ses détails les plus minimes l'observation entière, et sans connaître les considérants d'un jugement que les juges, nous devons le penser, ont rendu dans la plénitude de leur conscience.

# Hydrargyrie de cause externe. Éruption scarlatiniforme sur le corps; éruption revêtant à la face l'aspect de l'impétigo larvalis,

### Par M. A. FOURNIER.

A. F..., âgée de 26 ans, entrée le 4 mars dans le service de M. le professeur Fournier (1).

Constitution moyenne. Tempérament lymphatique.

Antécédents. — Dans l'enfance, maux d'yeux fréquents, blépharites; écoulements d'oreilles; jusqu'à l'âge de 20 ans, engelures tous les hivers. Plusieurs attaques d'ezcéma, notamment à 13, 21 et 24 ans.

Affection actuelle. — Vers le 10 février, début d'une conjonctivite gauche. La malade se présente à l'hôpital des Quinze-Vingts, où on lui prescrit des lavages et des applications de compresses avec une solution de sublimé. Dès le second jour de ce traitement, démangeaisons très vives au niveau de la pommette gauche; peau devenant d'un rouge vif, et se couvrant de « boutons » à ce niveau. Le lendemain, l'éruption s'étend à tout le visage, avec prurit intense, rougeur vive, et tuméfaction considérable, si bien qu'au dire de la malade tout le monde la croyait affectée d'érysipèle. Cependant pas de fièvre, pas de mal de tête, pas de troubles généraux. En raison du prurit, la malade se gratte; surviennent de « petits boutons pleins d'eau », qui se mettent à suinter abondamment. L'éruption gagne le cou.

Le 15, la malade se rend à une autre consultation, où on lui prescrit, pour ses yeux, une pommade au calomel (calomel, 50 centigr.; vaseline, 10 gr.), et une autre pommade (restée inconnue) pour l'éruption du visage.

Dès le 16, le visage commence à se couvrir de croûtes.

Le 18, début de démangeaisons au niveau de l'anus et de la vulve. La malade se fait là des applications d'une « pommade au précipité blanc ».

Sous cette influence, les démangeaisons augmentent, deviennent très vives, très douloureuses. Les grandes lèvres se tuméfient énormément. Application de cataplasmes de fécule qui soulagent beaucoup les douleurs.

Le 25, la malade est prise d'une transpiration excessive, à la suite de laquelle apparaît une éruption qui, du premier coup, couvre tout le corps. Rougeur vive, en nappe, étendue sur toute l'étendue des téguments, et s'accompagnant de démangeaisons très pénibles. Partout l'éruption reste sèche sauf en certaines régions, à savoir : plis inguinaux, jarrets, aisselles, plis du coude; là, suintement assez intense.

<sup>(1)</sup> Observation recueillie par M. A. BERNARD, externe des hôpitaux.

Le 4 mars, la malade se présente à l'hôpital. Visage absolument couvert d'un masque croûteux, de couleur jaune ou verte. Les croûtes qui constituent ce masque sont épaisses, mais molles, et se détachent facilement. Elles rappellent absolument l'aspect de l'impétigo à grosses croûtes. Les yeux sont respectés et en bon état. Le corps, dont la rougeur est diminuée, se présente en état de desquamation générale, sauf au niveau des plis articulaires sus-énoncés qui sont encore rouges et légèrement humides. Cette desquamation est profuse, et les draps du lit en sont littéralement couverts. Elle se fait par écailles blanchâtres ou blanches, foliacées, de quelques millimètres de surface.

Apyrexie. Pas de troubles des grandes fonctions. Aucun symptôme de stomatite.

Traitement: Onctions avec glycérolé d'amidon; cataplasmes de fécule sur la face; bains d'amidon; iodure de potassium, £0 centigr.

Le 8, les croûtes de la face sont tombées depuis 24 à 48 heures. Elles ont laissé à nu une peau un peu rougeâtre, qui pâlit progressivement et desquame par petites écailles assez épaisses.

La desquamation continue sur tout le corps, sauf aux plis articulaires qui sont encore rougeâtres, mais secs. La desquamation actuelle se fait par plus petites écailles. Elle est presque furfuracée sur l'épigastre et le thorax.

L'analyse des urines faite avec soin par M. Cathelineau au laboratoire de la clinique décèle la présence de 0 gr. 0002 de mercure.

A partir de ce jour la desquamation suit son cours naturel; une nouvelle analyse d'urines faite le 17 mars ne décèle plus de mercure, et la malade sort complètement guérie le lendemain 18 mars.

# Double chancre syphilitique, par morsure, de la face dorsale du pouce et de l'index,

#### Par M. F. LEJARS.

Dans une leçon clinique récemment publiée (1), M. le professeur Fournier étudiait les chancres syphilitiques de la main et des doigts, et insistait sur les types anormaux, « presque étranges, pour quelquesuns », qu'ils revêtent souvent. Voici un nouvel exemple de ces chancres atypiques.

Il s'agit d'un homme de 30 ans, grand et vigoureux, qui, l'été dernier, étant employé dans un établissement de bains, se prit de querelle avec un client et lui porta un coup de poing sur la bouche : il heurta l'arcade den taire supérieure de son adversaire et se fit, de la sorte, une double blessure (2) à la face dorsale du pouce et de l'index infléchis, au niveau de

<sup>(1)</sup> Semaine médicale, 1er mars 1893.

<sup>(2) «</sup> Un policeman, cité par Hutchinson, contracta un chancre induré du médius en assénant un coup de poing sur la bouche d'un homme avec lequel il se colletait. Il s'écorcha le doigt sur une dent, et ce fut au niveau de cette petite blessure que se produisit le chancre induré » (FOURNIER, loc, cit.).

l'articulation inter-phalangienne du pouce et phalango-phalanginienne de l'index. Les deux petites plaies saignèrent un peu et se fermèrent très vite. L'accident avait eu lieu le 25 juin. Un mois plus tard, aux deux points correspondants, la peau s'ulcérait, et les deux ulcérations, grandissant peu à peu, devinrent très rapidement bourgeonnantes et fongueuses.

Le malade nous fut alors envoyé à l'hôpital de la Pitié : les deux surfaces dénudées ne ressemblaient à rien moins qu'à des chancres, mais à des plaies mal pansées, irritées et infectées ; des bains de main journaliers. des applications de poudre de salol et d'iodoforme n'améliorèrent nullement l'état local, qui, au bout de trois semaines, était le suivant : à l'index l'ulcération, plus large qu'une pièce de deux francs, couvrait toute la face dorsale du premier article inter phalangien; elle était ovalaire, encerclée d'un liséré violacé, frangé, et de lamelles épidermiques à demi décollées : le fond était saillant, mamelonné, d'un rouge foncé, maculé par places de points jaunes, il saignait au moindre frottement; l'ensemble n'était nullement induré, on ne sentait, au-dessous, aucune base solide, aucune plaque épaissie. Au pouce, l'ulcération était soulevée par une bosselure nettement fluctuante, et, à sa surface, se retrouvaient ces taches jaunâtres, déjà signalées. Les deux articulations sous-jacentes semblaient intactes, et la flexion n'y était gênée que d'une façon toute mécanique. Enfin les deux ulcères étaient fort douloureux.

Sur le reste de la main. sur l'avant-bras, il n'y avait rien. A la face interne du bras, une plaque épaisse, large de deux ou trois travers de doigt, de consistance assez ferme, et recouverte d'une peau un peu rosée, commençait à quelque distance de l'épitrochlée et se prolongeait jusqu'au tiers supérieur du membre; dans cette gangue, on ne sentait pas de noyaux isolés ni d'indurations circonscrites et l'on avait l'impression de ces lymphangites tabulaires, signalées par M. Lailler et par M. Favrel, dans sa thèse (1).

En présence de ces lésions, nous avions soulevé une double hypothèse : celle d'un double chancre syphilitique, de forme très anormale, ou encore d'une double ulcération de tuberculose inoculée ; l'aspect fongueux et jaunâtre par places des deux ulcères, la collection de pus sous jacente à celui du pouce, la lymphangite tabulaire du bras n'étaient pas pour éloigner cette dernière interprétation.

Je proposai au malade d'exciser ces deux plaques ulcérées, que rien n'avait pu enrayer. Et, deux mois après la morsure, je pratiquai l'extirpation large des deux ulcères, en circonscrivant chacun d'eux par une double incision semi-lunaire et en le disséquant en masse; je dus aller jusqu'à la gaine fibreuse dorsale du doigt que je laissai à nu : la réunion eût été très malaisée, et il me sembla préférable de faire une plaie plate. Au pouce, la bosselure était remplie d'un pus grumeleux; la paroi profonde de la petite cavité était friable et fongueuse et fut soigneusement curettée. Pansement à l'iodoforme (2).

d

n

ta

g

n

S

16

C

b

n

la

a

m

e

la

d

FAVREL. Des lymphangites dans les maladies de la peau. Th. doct., 1884.
 Les deux plaques excisées furent soumises, par M. le Dr Caussade, chef de laboratoire à la Pitié, à un examen histologique et bactériologique qui ne donna pas

Au bout d'une huitaine de jours, les deux plaies étaient déjà tapissées d'une couche serrée de bourgeons charnus, et une ligne cicatricielle se dessinait tout autour. Le malade quitta l'hôpital et revint très régulièrement se faire panser.

Trois semaines plus tard, il nous arriva avec un enrouement très marqué, de la dysphagie, un peu de dyspnée : à l'examen de sa poitrine, on découvrit une roséole confluente, et sur les piliers du voile du palais, des plaques muqueuses déjà très abondantes. Le diagnostic était dès lors évident.

Je repris le malade dans le service, où il fut soumis aux frictions mercurielles ; quinze jours après, la roséole avait pâli, mais les cheveux commencaient à tomber, et une alopécie, très caractéristique dans sa forme, ne tarda pas à se montrer. Ce furent les accidents bucco-pharvngés et larvngés qui demeurèrent le plus tenaces; il se fit une éruption successive de plaques muqueuses aux lèvres et surtout aux deux commissures, aux gencives, à la face interne des joues, enfin sur toute la surface de l'arrièregorge; de plus, la raucité persistante de la voix, une toux fréquente et douloureuse, de la dysphagie, une sensation de brûlure le long de l'œsophage témoignaient de l'existence de lésions plus profondément situées et inaccessibles à l'examen direct. Le malade qui digérait mal et que tourmentaient encore une céphalée intense et l'insomnie, resta pendant quelques semaines dans un état sinon alarmant, du moins très pénible. Cependant, les plaies d'excision des deux chancres se cicatrisaient très régulièrement : celle de l'index se ferma la dernière. Quant à la plaque indurée et tabulaire de la face interne du bras, elle avait entièrement disparu.

Le traitement a été continué depuis. Aujourd'hui, la situation s'est notablement améliorée : il n'y a pas eu de nouveaux accidents. Au pouce, on ne trouve qu'une cicatrice transversale, étroite et nullement douloureuse; la phalangette est épaissie et en massue, mais cette déformation est due à un panaris et date de loin. A l'index, la cicatrisation avait été complète aussi; depuis quelques semaines, une petite ulcération a reparu, mais elle n'offre pas de caractères spécifiques et tient, sans doute, à ce fait que le malade a constamment les mains en contact avec des liquides irritants et malpropres.

Nous n'ajouterons rien à l'observation; nous dirons seulement que l'étiologie spéciale de cette syphilis inoculée, la dualité du chancre et son siège, sa morphologie et ses caractères, la forme en nappe de la lympho-adénopathie, sont autant de points qui nous ont semblé dignes d'être relevés.

M. Fournier. — Nous devons remercier M. Lejars de nous avoir communiqué cette intéressante observation et montré le beau dessin qui l'accompagne.

de résultats spéciaux ; de plus, un fragment de l'une d'elles fut inséré dans le péritoine d'un cobaye, qui mourut subitement le lendemain, sans que l'on ait su à quoi attribuer cette mort brusque. Dans ce fait, plusieurs points doivent être relatés particulièrement; tout d'abord, au point de vue de l'étiologie, il n'y a pas eu morsure, mais érosion par choc contre les dents. Si j'ai bonne mémoire, Hutchinson a rapporté un cas exactement semblable: un policeman luttait contre un délinquant récalcitrant. Il lui appliqua un maître coup de poing sur la figure, se blessa contre ses dents et s'inocula ainsi un chancre à la main.

Au point de vue de la forme de la lésion, il s'agit là de cette forme de chancre qu'on a dénommé chancre tubéreux, chancre tuberculeux, chancre massif, etc. et qu'il vaudrait mieux appeler tout simplement chancre hypertrophique.

M. Barthéleny. — A l'occasion du fait de chancres des doigts que nous apporte M. Lejars, je rappellerai deux cas observés dans le service de M. Fournier: le 1er est relatif à un débardeur du canal Saint-Martin qui dans une lutte s'écorcha les doigts de la main droite sur les dents et lea lèvres de son adversaire: après un mois d'incubation, deux chancres syphilitiques apparurent au dos des 2e et 3e doigts au siège des érosions.

Dans le 2º, il s'agit d'une nourrice qui sembla avoir contracté un chancre de la région antérieure et médiane du médius droit par des plaques

muqueuses périanales de son nourrisson.

M. Feulard. — J'observe en ce moment une sage-femme, âgée de 36 ans qui a pris la syphilis professionnellement en juin 1892 : elle a eu un chancre de la face dorsale de l'annulaire droit. Ce chancre a débuté au pourtour de l'ongle et a revêtu la forme de ce qu'on a appelé les chancres panaris, si bien qu'un premier médecin enleva l'ongle et qu'ensuite un chirurgien des hôpitaux qu'elle fut consulter enleva la phalangette ; il est vrai qu'il y avait, paraît-il, une suppuration abondante avec lymphangite de la main et du bras. La cicatrisation se fit trois semaines après l'ablation de la phalangette, mais les accidents secondaires apparurent presque aussitôt. Quand je vis la malade, en août, elle avait une syphilide papulosquameuse généralisée et de l'alopécie ; malgré le traitement elle eut en décembre une iritis de l'œil gauche et si les accidents ont aujourd'hui disparu elle reste encore fort anémiée et déprimée.

M. G. Thiblerge. — A la série des erreurs de diagnostic que peuvent susciter les chancres du doigt, il conviendrait d'ajouter la confusion possible avec la tuberculose verruqueuse, du moins au point de vue objectif. Mon collègue et ami, M. Walther, m'avait envoyé l'année dernière, en réclamant mon avis, un malade présentant sur la dernière phalange de l'index droit une ulcération à peu près régulièrement arrondie, sans induration nette à sa base, dont le fond était irrégulier, parsemé de saillies arrondies rappelant d'assez près les végétations de certaines variétés de tuberculose papillomateuse; j'hésitai entre ce diagnostic et celui d'ulcération syphilitique tertiaire, ces deux hypothèses cadrant d'ailleurs assez mal, la première surtout, avec la durée de la maladie qui remontait à un mois environ. Le doute fut tranché au bout de quelques jours par l'apparition d'une roséole.

M. Fournier. - La confusion avec le simple panaris est l'erreur la plus souvent commise. Un chirurgien des plus distingués, que nous connaissons et admirons tous, prit la syphilis par l'index. La lésion primitive avait si bien l'air d'un panaris que lui-même s'y trompait ; il rejetait avec ironie mon diagnostic de chancre du doigt. Il disait, et avec toute raison, savoir mieux que moi ce que c'était qu'un panaris! La roséole, les plaques muqueuses et l'évolution entière de la maladie, montrèrent malheureusement que la vérité était de mon côté.

M. LAILLER. - Il ne serait pas mauvais, avant d'admettre qu'on prend la syphilis en donnant un coup de poing sur la figure d'un autre, de démontrer que cet autre avait la syphilis. La confrontation serait ici de mise.

Deuxième note sur un cas de mycosis fongoïde avec localisation palatine et induration scléreuse de la langue. Résultats de l'autopsie,

#### Par MM. H. HALLOPEAU et E. JEANSELME.

Dans la séance du 8 décembre dernier, nous avons rapporté l'histoire d'un malade atteint de mycosis fongoïde à évolution rapide. A partir de cette époque, l'affection prend une marche suraigue. Chaque jour, de nouvelles tumeurs apparaissent à la face et acquièrent un volume considérable.

Dans les derniers jours de la vie, l'aspect du malade devient hideux et repoussant. La face, déformée par des tumeurs hémisphériques ou mamelonnées, de couleur violacée, rappelle le masque léontiasique des sujets atteints de lèpre tuberculeuse. Les régions pilaires, les joues, le menton, et le pourtour de l'orifice buccal sont les parties les plus atteintes. Au niveau de la lèvre supérieure, les nodosités mycosiques sont si rapprochées qu'elles se confondent en un large bourrelet transversal sur lequel sont disséminées çà et là quelques touffes de poils. Le menton, hérissé de nombreux tubercules mycosiques, est à peu près glabre; c'est à peine si quelques poils émergent des sillons situés entre les nodules. La région sus-hyordienne est doublée par une énorme infiltration néoplasique de laquelle se détache une tumeur du volume d'une mandarine et plusieurs nodosités du volume d'une noisette. Sur les joues, les tumeurs sont nombreuses, saillantes et ulcérées. Les paupières et les tempes sont occupées par une multitude d'élevures nummulaires ou pisiformes, encastrées dans le derme et mobiles sur les tissus sous-jacents ; ces tubercules aplatis sont de date récente et la peau, à leur niveau, a gardé sa couleur normale. Audessus de la racine du nez et sur le front existe un groupe de tumeurs mamelonnées, dont plusieurs, très volumineuses, sont en voie d'ulcération. Le lobule de l'oreille droite est le siège d'une infiltration mycosique diffuse. La nuque est occupée par une large plaque très épaisse et recouverte d'une vingtaine de nodosités dont plusieurs acquièrent le volume d'une noix. Le cuir chevelu est vaguement mamelonné; les cheveux sont en partie conservés. Jusqu'à la fin, les tumeurs mycosiques se cantonnent à peu près exclusivement sur l'extrémité céphalique.

Le sang examiné quinze jours avant la mort contient 1 globule blanc pour 250 globules rouges.

Pendant toute la durée de cette poussée de tumeurs mycosiques à caractère manifestement infectieux, la température ne s'élève pas. Le malade s'affaiblit progressivement et s'éteint le 4 janvier 1893 sans avoir présenté aucun nouveau symptôme important à relever.

AUTOPSIE. — Le pharynx, le larynx, la langue et le voile du palais sont enlevés simultanément. On constate que les tonsilles sont atrophiées comme cela est habituel chez le vieillard; mais, en arrière de l'amygdale gauche, sur le pilier postérieur et la partie adjacente du voile du palais, existe un nodule hémisphérique du volume d'une noisette, de couleur gris pâle. Entre ce nodule et l'amygdale est situé un second nodule, du volume d'un noyau de cerise, presque pédiculé et d'un rouge vif.

En arrière du V lingual, le dos de la langue est surmonté d'une infiltration diffuse, vaguement mamelonnée, épaisse d'un demi-ceutimètre.

Les replis aryténo-épiglottiques sont distendus par un œdème très prononcé. L'épiglotte est épaissie et présente une vive injection de sa face postérieure.

Sur l'une des cordes vocales inférieures, au voisinage de son insertion postérieure, existe une saillie rouge au sommet de laquelle on observe un pertuis qui mène dans une petite excavation.

Les poumons, très emphysémateux, sont congestionnés et infiltrés de sérosité dans leur moitié inférieure. Ils ne contiennent pas de noyaux lymphadéniques. Les plèvres sont unies par quelques adhérences, mais également exemptes de nodules néoplasiques.

Les ganglions du médiastin ne sont pas hypertrophiés.

Le péricarde renferme peu de sérosité. Le cœur est volumineux et surchargé de graisse. Quelques plaques d'athérome occupent l'aorte et la valvule mitrale. Le cœur droit n'offre rien à signaler.

Le foie est volumineux et pèse 1,820 gr. Il est onctueux et brillant et présente à la coupe un aspect granité qui rappelle celui du foie muscade.

La rate est hypertrophiée; elle pèse 320 gr. (au lieu de 195 gr., poids normal). Sa surface est lisse, sans trace de périsplénite; sa couleur est d'un gris violacé. Sa forme est modifiée, elle tend à devenir hémisphérique. Sa consistance est très accrue. Sur une coupe, le parenchyme paraît normal à l'œil nu. Les corpuscules de Malpighi ne présentent pas un développement exagéré.

Les deux reins ont leur volume habituel. Sur leur moitié inférieure, on remarque un piqueté de taches noires comme de l'encre, et, dans leur moitié supérieure, un piqueté semblable, mais d'un rouge vif. En un point, il existe une dépression étoilée également d'un rouge vif. Ce sont de petits foyers hémorrhagiques, situés immédiatement sous la capsule et qui ne pénètrent pas dans l'épaisseur de la substance corticale.

Le pancréas est normal.

Le tube digestif a été examiné depuis le cardia jusqu'à l'anus. La mu-

queuse stomacale n'est pas altérée. Dans l'intestin grêle et le gros intestin, les plaques de Peyer et les follicules clos ne sont pas hypertrophiés.

Les ganglions mésentériques ne sont pas volumineux.

Les deux vaginales contiennent un peu de liquide séreux, mais les testicules sont sains.

Les ganglions inguinaux, axillaires, cervicaux sont hypertrophiés; ils ont une coloration blanchâtre et donnent par le grattage de la coupe un suc lactescent.

Sur une section de la clavicule, la moelle osseuse paraît normale. Les côtes se laissent couper très facilement; elles contiennent une substance violacée, ressemblant à du tissu splénique écrasé. Les mêmes constatations sont faites sur l'humérus droit. La moelle osseuse n'a donc pas l'aspect graisseux qu'on observe habituellement chez les vieillards. L'articulation scapulo-humérale du même côté était remplie de pus.

Examen histologique. — L'examen de la peau dans les régions où la pachydermie était très accentuée a donné des résultats différents suivant les points envisagés. Sur deux fragments prélevés sur l'avant-bras, le derme était scléreux sans infiltration de cellules jeunes. Mais sur un fragment de peau provenant du bras droit, point où l'épaississement était considérable, nous avons constaté, non pas une simple infiltration cellulaire, mais une véritable substitution de tissu lymphoïde au tissu dermique. C'est grâce à l'intégrité de l'épiderme, aux vestiges des glandes sébacées et des follicules pileux que l'on peut encore reconnaître que la coupe est celle d'un fragment de peau. Dans les coupes pratiquées sur la peau de la région lombaire, le derme est intact et doublé d'un pannicule graisseux épais. Au milieu des pelotons graisseux, on observe un nodule mycosique qui peu à peu s'infiltre entre les cellules adipeuses.

Il est à noter que nous n'avons pas trouvé, dans le tissu adénoïde de la peau, de cellules géantes semblables à celles qui ont été observées pour la première fois par M. Philippson dans les efflorescences cutanées de la première période du mycosis classique et par M. Darier et l'un de nous dans les érythrodermies du mycosis atypique (Besnier et Hallopeau). Nous n'avons pas non plus constaté la présence des logettes intra-épidermiques qui ont été décrites par M. Darier comme des amas de cellules migratrices

et par M. Philippson comme des amas de cellules fixes.

Le derme muqueux qui recouvre la base de la langue, en arrière du V lingual, offre une épaisseur d'un demi-centimètre; c'est une couche uniforme de tissu lymphoïde dans lequel il est impossible de distinguer aucun vestige de la structure normale. Les follicules lymphatiques ne peuvent plus être reconnus au milieu du tissu lymphoïde qui s'est substitué au derme. L'épithélium intact repose directement sur le tissu néoformé.

Les deux tumeurs situées sur le voile du palais, au voisinage de l'amygdale, sont entièrement constituées par du tissu lymphoïde dans lequel on n'observe aucune travée fibreuse. Une mince bande de tissu dermique, infiltré de petites cellules disposées en traînées le long des vaisseaux, sépare le tissu lymphoïde de l'épithélium qui est intact.

La petite néoplasie laryngée, comme celles du voile du palais, est constituée par du tissu lymphoïde recouvert, en partie par de l'épithélium

vibratile, en partie par de l'épithélium pavimenteux. Au centre, il existe une petite ulcération dont le fond est formé par du tissu mycosique.

Dans ces différentes tumeurs palatines et laryngée, l'existence d'un fin réticulum a été mise en évidence par le pinceau.

Dans la rate, la principale lésion consiste dans la présence de travées fibreuses épaisses qui parcourent le parenchyme splénique dans tous les sens. La sclérose a envahi un grand nombre de corpuscules de Malpighi qui sont transformés en tissu fibreux. Ce processus de sclérose explique la consistance très ferme de la rate.

Dans le foie, la plupart des lobules sont sains ; un certain nombre présente une zone périphérique d'infiltration graisseuse. Une lésion intéressante à relever est l'existence de petits foyers arrondis ou ovalaires disséminés avec une grande régularité dans le parenchyme hépatique. Ces petits nodules miliaires sont visibles à l'œil nu sur une coupe non colorée, examinée par transparence; ils forment de petits points d'un blanc opaque qui se détachent bien sur le fond jaunâtre et translucide de la coupe. Ces nodules sont constitués exclusivement par de petites cellules arrondies. Ils siègent dans les espaces portes et leur centre est ordinairement occupé par une branche de la veine porte. Le long de certains vaisseaux portes coupés suivant leur axe, on remarque d'épais manchons constitués aussi par le même tissu embryonnaire. Il est à remarquer que les vaisseaux compris dans l'épaisseur de ces nodules miliaires ne sont nullement altérés. Les tuniques internes des divisions de la veine porte et de l'artère hépatique ne sont pas épaissies et elles ne présentent pas plus que les autres tuniques de ces vaisseaux d'infiltration embryonnaire. Les canaux biliaires n'ont subi aucune modification et leur épithélium est intact. Dans certains lobules, les travées hépatiques sont écartées et dissociées par de nombreuses cellules rondes. Il est impossible de dire si ces traînées de jeunes cellules se continuent avec les nodules miliaires situés dans les espaces portes. L'existence d'un réticulum recherchée sur un grand nombre de coupes n'a pu être constatée. Nulle part il n'existe de sclérose hépatique, même au début. Dans un certain nombre de cellules hépatiques, les noyaux sont multipliés et volumineux.

Dans le rein, on constate une infiltration considérable de petites cellules rondes dans l'intervalle des tubes urinifères dont l'épithélium n'est pas altéré. Les glomérules sont aussi très riches en jeunes cellules. Nulle part, l'infiltration n'affecte la forme de nodules miliaires. Au niveau des taches hémorrhagiques signalées à la surface du rein, on observe une infiltration par des hématies. Il n'a pas été possible de déterminer la source et la cause de ces hémorrhagies.

Examen Bactériologique. — Des cultures faites avec une petite tumeur de la face qui paraissait intacte à l'œil nu, mais qui portait à son sommet une petite exulcération microscopique, nous ont donné deux variétés de micro-organismes:

1º Des colonies très abondantes de staphylocoque doré;

2º Quelques rares colonies de bacterium coli commune.

Les cultures de staphylocoque se sont montrées trés virulentes. Un lapin inoculé dans la veine de l'oreille avec 1 c. c. 1/2 d'un bouillon de culture est mort le quatrième jour. Le foie, la rate, le rein, l'urine et le sang du cœur ont donné des cultures pures de staphylocoque doré.

Le bacterium coli commune que nous avons retiré de la petite tumeur cutanée faisait fermenter faiblement le bouillon lactosé; il coagulait très lentement le lait mis à l'étuve, en 15-18 jours en moyenne. Cultivé dans une solution de peptone, il ne donnait pas la réaction de l'indol. Ce bacterium a été injecté à dose massive (3 c. c. de bouillon), dans l'oreille d'un lapin; celui-ci est mort le huitième jour; les deux plèvres contenaie nt un exsudat fibrineux dont nous avons retiré le bacterium à l'état de pureté. Après son passage par le lapin, il avait récupéré la propriété de faire fermenter énergiquement la lactose et de coaguler rapidement le lait, en moins de quarante-huit heures. Mais, dans les cultures subséquentes, il perdit peu à peu cette propriété et, après plusieurs passages, il ne coagulait plus le lait qu'en 15 ou 18 jours.

Sur des coupes du foie et du rein du malade traitées par la méthode de Gram, nous avons constaté la présence de nombreux diplocoques dans les vaisseaux et particulièrement dans les veines interlobulaires du foie. Ces diplocoques étaient sans doute des staphylocoques.

Ce qui fait l'importance et l'intérêt de cette observation, c'est la multiplicité et la dissémination des productions adénoïdes. Celles-ci occupent la peau, non seulement sous forme de tumeurs circonscrites, mais aussi sous forme d'infiltrats en nappe qui naissent dans l'hypoderme et se substituent plus tard au derme. Ces néoplasies adénoïdes s'observent aussi sur les muqueuses des premières voies, le voile du palais, la base de la langue et même le larynx. Elles envahissent enfin les groupes ganglionnaires des aines, des aisselles et du cou.

Quant aux lésions microscopiques relevées dans les viscères — nodules miliaires des espaces portes et infiltration interstitielle des reins, — nous sommes portés à croire qu'elles reconnaissent pour cause une infection secondaire et plus spécialement une infection staphylococcique. La virulence des cultures de staphylocoque doré obtenues avec le suc des tumeurs mycosiques et l'existence dans les ramifications de la veine porte et dans les vaisseaux des reins de diplocoques se colorant par la méthode de Gram viennent à l'appui de cette interprétation.

# Sur une poussée aiguë de lèpre à manifestations multiples et plus particulièrement sur l'orchite aiguë lépreuse,

Par MM. II, HALLOPEAU et E. JEANSELME.

Nous avons vu se dérouler sous nos yeux en quelques jours, dans le cours d'une lèpre à évolution chronique, toute une série de manifestations aiguës remarquables par la diversité et la multiplicité de

ANN, DE DERMAT. - 3º sie, T. IV.

leurs localisations tant cutanées que viscérales. Certaines de ces déterminations paraissent n'avoir pas été signalées jusqu'ici : telle est l'orchite aiguë lépreuse.

Il s'agit d'un jeune métis, Palm. Roz..., né à Haïti, fils d'un Français et d'une noire, tous deux exempts de lèpre ; il est âgé actuellement de 18 ans.

La maladie a débuté, en 1888, par une fièvre intense à la suite de laquelle s'est produite une éruption d'une quinzaine de taches sur la face externe de chaque jambe. Ces taches, peu saillantes, d'un rouge assez vif, variaient du volume d'une tête d'épingle à celui d'un gros pois ; elles s'élargissaient graduellement, atteignaient parfois les dimensions d'une pièce de cinquante centimes ; généralement indolentes, parfois un peu prurigineuses, elles disparaissaient au bout d'un ou deux mois pour se reproduire ensuite de nouveau dans les mêmes régions ; de temps à autre se produisaient de nouvelles poussées fébriles. Cette éruption persista un an environ. Ces lésions sont devenues, à plusieurs reprises, le siège d'ulcérations qui ont laissé des cicatrices blanches cerclées d'un liséré brun plus foncé que la peau du malade.

Une dizaine de mois après la disparition de l'éruption des jambes, des taches blanches apparurent sur le dos; elles se sont en partie effacées après avoir duré environ une année.

Peu après, une éruption de nodules saillants se montra sur le dos de la main et des doigts du côté droit. Ces éléments s'ulcérèrent; on voit encore de nombreux espaces dépigmentés qui correspondent à ces altérations. Trois mois après le début de cette éruption, le malade s'aperçut que la main droite ne lui rendait plus les mêmes services qu'auparavant.

L'index et le médius ne pouvaient déjà plus s'étendre complètement. Six mois plus tard, les autres doigts se fléchissaient également.

C'est alors que le malade s'embarqua pour la France et entra à l'hôpital St-Louis où il fut admis au pavillon Gabrielle, dirigé alors par M. Vidal, vers le milieu de l'année 1890; il y a eu une poussée testiculaire; les notes que nous avons prises sur lui à cette époque peuvent être résumées ainsi qu'il suit.

Nous l'avons observé pour la première fois en janvier 1891.

Ce jeune homme est de constitution moyenne. La chevelure est abondante; les sourcils sont conservés. Les yeux, les lèvres, la langue, la gorge, ne présentent aucune lésion.

Sur les parties latérales du cou, on remarque de nombreuses macules achromiques, ressemblant à celles de la syphilide pigmentaire.

Il existe sur le dos quelques espaces décolorés, sous forme de mouchetures. Ce sont probablement les vestiges des taches achromiques mentionnées plus haut; à leur niveau la sensibilité est intacte.

Sur les membres inférieurs sont disséminées de nombreuses cicatrices; peu abondantes aux cuisses, elles prédominent au niveau des genoux, de la partie antéro-interne des jambes et des régions dorsales des pieds. Les unes sont déprimées, les autres légèrement saillantes; un liséré brun les entoure. Souvent la peau est plissée à leur niveau; au niveau de la région prétibiale, l'épiderme est fendillé et desquame légèrement.

Sur la face antéro-interne du tibia droit, à sa partie supérieure, existe

une cicatrice blanchâtre, large comme la paume de la main. C'est le vestige d'une brûlure que le malade s'est faite à l'âge de 14 ans, un an après le début de la lèpre. Cette brûlure n'a pas été sentie; elle n'a guéri

qu'après deux mois de traitement.

Sur les membres inférieurs, sauf dans quelques points circonscrits, l'anesthésie est presque absolue depuis les orteils jusqu'au voisinage du genou. La sensibilité est éteinte dans tous ses modes (piqûre, pincement, froid, chaleur). Depuis le genou jusqu'à la racine du membre, la sensibilité est émoussée. Le chatouillement plantaire n'est pas perçu à gauche, il l'est à droite; des deux côtés, il ne provoque aucun mouvement réflexe. Les réflexes rotuliens sont abolis. Les masses musculaires des membres inférieurs n'ont pas subi d'atrophie appréciable. Les orteils ne sont ni rétractés, ni déviés.

Les nerfs sciatiques ne sont ni volumineux, ni douloureux.

Au membre supérieur gauche, on constate une luxation du coude non réduite qui se serait produite vers l'âge de 9 ans dans le cours d'une variole (?). L'avant-bras a subi un arrêt de développement. La main gauche est presque normale; il faut signaler toutefois une légère rétraction en

griffe de l'auriculaire qui paraît relever de la lèpre.

Au membre supérieur droit, on ne remarque aucune amyotrophie de la racine du membre, du bras et de l'avant-bras. Il existe une atrophie très prononcée des éminences thénar et hypothénar et une gouttière profonde au niveau du premier interosseux dorsal. Les 4 derniers doigts ont leur première phalange en extension forcée et les 2 dernières en flexion; il en résulte une attitude qui rappelle la griffe rétractile des félins; ces déviations des phalanges sont beaucoup plus exagérées sur les deux derniers doigts. Le pouce a conservé sa rectitude, mais il est sur le même plan transversal que les autres doigts. Par suite de cette position en retrait et de la disparition des éminences thénar et hypothénar, le creux palmaire n'existe plus. La paume de la main est une véritable palette rigoureusement plane où l'on n'observe que les saillies des têtes des métacarpiens et le relief des tendons extenseurs. L'attitude des doigts tient à ce que les lombricaux et les interosseux sont atrophiés, et ce qui le prouve, c'est que le malade est incapable d'opérer les mouvements d'adduction et d'abduction de ces organes. Les mouvements de flexion et d'extension des doigts sont au contraire faciles.

Toute la main droite est insensible à tous les modes d'excitation (toucher, piqûre, pincement, froid, chaleur). Une ligne régulière correspondant à l'interligne radio-carpien sépare la région insensible de l'avant-bras où la sensibilité n'est qu'obtuse. Celle-ci ne redevient tout à fait normale qu'au voisinage du tronc. Sur tout le membre supérieur gauche, la sensibilité n'est qu'émoussée. Au niveau des faces dorsales des articulations des premières et des secondes phalanges de la main gauche, existent des nodosités assez mobiles; l'épiderme est épaissi à leur niveau; elles sont entourées de cicatrices ovalaires qui se sont produites récemment à la suite d'ulcérations.

Des lésions semblables existent au niveau des premières articulations phalangiennes de la main gauche; elles y sont encore en activité; ce sont des ulcérations arrondies, peu profondes, légèrement taillées à pic; elles guérissent lentement sous l'influence d'un pansement iodoformé.

Le nerf cubital droit est augmenté de volume dans toute la partie accessible à la palpation; on n'y perçoit pas de renslements moniliformes. Le ganglion épitrochléen appliqué contre le nerf pourrait induire en erreur et faire croire à une nodosité nerveuse. Le nerf cubital gauche ne peut être exploré d'une manière satisfaisante à cause de la luxation du coude.

Les poils sont conservés sur les avant-bras et sur les jambes.

Les sueurs ont toujours été très peu abondantes, même avant le début de la maladie.

La sensibilité au niveau du tronc paraît intacte.

On trouve dans les aines des ganglions volumineux, indolents et mobiles groupés en pléiades comme dans la syphilis. Quelques ganglions occupent les aisselles. Les glandes cervicales n'ont pas subi de gonflement appréciable.

Le 30 mars 1891, plusieurs des ulcérations existent encore.

Le 31. Une seule ulcération persiste; elle occupe la première articulation phalangienne du médius gauche; elle se cicatrise bientôt.

L'état du malade reste satisfaisant dans le courant de cette année, sauf une poussée testiculaire sur laquelle nous reviendrons.

Au commencement de mars 1892, le talon antérieur du pied gauche devient le siège d'un mal perforant; deux petites ulcérations indolentes, taillées à l'emporte-pièce, occupent le dos du quatrième orteil; une ulcération semblable siège sur le cinquième orteil.

Le 20. Il se produit une nouvelle poussée aiguë testiculaire.

Le mal perforant persiste pendant toute l'année; il s'aggrave en février 1893, au point de nécessiter le séjour au lit; c'est alors que débute la quatrième de ces poussées testiculaires qui nous paraissent tout particulièrement dignes d'intérêt.

Description des poussées aiguës. — Nous avons vu que la première a eu lieu en 1890 : elle s'est localisée dans le testicule gauche; les douleurs étaient assez violentes et s'accompagnaient de fièvre, d'inappétence et d'insomnie. M. Vidal, qui soignait alors le malade, fit recouvrir les bourses d'onguent napolitain et prescrivit simultanément des frictions avec cette même pommade. Ces manifestations aiguës s'apaisèrent au bout de huit jours. Le testicule lésé aurait repris, au dire du malade, son volume habituel.

Dans la deuxième poussée, survenue en 1891, le gonflement siégea de même exclusivement sur le testicule gauche; cette glande avait acquis le volume d'un œuf de poule. Le malade avait de la fièvre et de l'inappétence; il fut obligé de garder le lit. Les bourses furent recouvertes d'emplâtre de Vigo. La durée de la poussée fut de 15 à 20 jours. Le testicule aurait repris son volume normal. Dans ces deux poussées d'orchite, le canal de l'urêthre fut examiné avec insistance, et l'on ne constata pas d'écoulement.

Dans la troisième poussée datant du 20 mars 1892, le malade ressent des frissons, il a de la fièvre et de l'inappétence. La nuit suivante, le testicule gauche augmente de volume et devient le siège de douleurs spontanées. Le lendemain, cette glande a le volume d'un œuf de poule ; sa surface est remarquablement lisse et régulière ; sa consistance est ferme ; il n'y a pas de liquide dans la vaginale. Le 25 mars, la douleur et la fièvre disparaissent ; le gonflement persiste ; il porte à la fois sur l'épididyme et le testicule proprement dit. On sent un noyau de consistance dure dans la tête de l'épididyme droit jusqu'ici indemne. Le 29 mars, le testicule gauche est notablement dégonflé, l'induration persiste encore au niveau de l'épididyme. Pendant toute la durée de la poussée, le canal de l'urèthre a été examiné à maintes reprises ; il n'y a jamais eu trace de suintement. Le malade n'a pas de dysurie et les mictions n'ont pas augmenté de fréquence.

La quatrième poussée a débuté le 22 février 1893. Elle présente ceci de remarquable, qu'à l'inverse de ce qui s'est passé dans les trois poussées précédentes, l'orchite a été précédée et accompagnée d'autres manifestations de l'infection lépreuse. Le 22 février, le malade ressent une certaine gène du côté de la bourse gauche; néanmoins il continue à marcher comme de coutume. Mais, le 25 février, la gêne augmentant et surtout la bourse gauche ayant acquis un volume considérable, le malade s'alite. Il n'y a pas de douleurs proprement dites. Le 16, le volume de la bourse gauche s'est encore accru et la bourse droite se gonfle et rougit tout en restant indolente. Cette poussée d'orchite s'accompagne d'un mouvement fébrile

accentué et d'inappétence.

La poussée est à sa période d'acmé le 2 mars. A cette époque, les bourses, d'un rouge sombre, sont sillonnées par de nombreuses veines turgescentes. Elles ont le volume du poing. Sur la peau du scrotum, dans sa partie médiane, on remarque une nappe d'infiltration lépromateuse d'un rouge violacé, à bords très bien délimités, faisant un relief de près d'un centimètre au-dessus de la peau voisine non œdématiée. La consistance de cette plaque est celle des tubercules lépreux; elle est résistante et ne garde pas l'empreinte du doigt. Ce léprome est absolument insensible à la piqûre. Il en est de même d'une petite ulcération elliptique située en arrière du léprome, à fond très superficiel recouvert d'un bourbillon gris jaunâtre, à bords coupés nettement et entourés d'un liséré rouge vif. La sensibilité est normale sur tout le reste de la peau du scrotum qui n'est nullement altérée, mais seulement injectée. Malgré des examens réitérés, nous n'avons pas pu constater, dans le sang puisé au niveau de ce léprome, la présence du bacille de Hansen.

La palpation est très facile à cause de l'indolence presque absolue des testicules.

Le testicule gauche a la forme et le volume d'un citron. La tunique vaginale ne renferme pas de liquide; la peau des bourses glisse facilement sur la glande; il n'existe ni épaississement, ni rugosités, ni d'adhérences de la séreuse. La consistance du testicule est uniformément ferme et rénitente. Par une palpation minutieuse demeurée possible grâce à l'absence de douleur, on peut se convaincre que la masse tuméfiée comprend à la fois l'épididyme et le testicule proprement dit. Peut-être la queue de l'épididyme est-elle un peu plus indurée que le reste de l'organe. Le cordon, suivi dans la bourse et dans son trajet inguinal, n'est ni douloureux, ni tuméfié, ni induré.

Le testicule droit a le volume d'un abricot. Il glisse aisément sur son sac séreux qui ne contient pas de liquide. Il est absolument indolent; on peut le serrer vigoureusement sans réveiller la douleur testiculaire normale. De ce côté, le testicule et l'épididyme sont également lésés au même degré, mais le fait est beaucoup plus facile à démontrer grâce à un sillon qui sépare de chaque côté l'épididyme de la glande proprement dite. La consistance est très ferme, scléreuse, presque ligneuse; cette induration acquiert son maximum au niveau de la queue de l'épididyme. Le cordon a gardé sa souplesse.

En somme, c'est seulement à cause de la traction que produisent les testicules augmentés de poids et à cause des phénomènes fébriles que le malade garde le lit.

Les pléiades inguinales n'ont pas augmenté de volume depuis le début de l'orchite.

L'exploration de la prostate et des vésicules séminales est absolument négative.

Le 5 mars, on constate une amélioration notable. La peau du scrotum est légèrement revenue sur elle-même et ridée, mais elle est encore d'un rouge sombre et les veines restent turgescentes. Le testicule gauche n'a plus que le volume d'un gros abricot. On peut facilement distinguer les deux parties qui le constituent : d'une part, le testicule proprement dit qui a repris de la souplesse, mais qui donne la sensation d'un corps élastique dans lequel seraient disséminés de petits grains durs; d'autre part, l'épididyme qui est le siège d'une induration diffuse ayant son maximum au niveau de la queue. La vaginale est libre et ne contient pas de liquide. Le cordon spermatique n'est pas intéressé.

A droite, le testicule est aussi très diminué de volume. La glande proprement dite a repris de la souplesse; on sent disséminés çà et là, dans son parenchyme, de petits nodules miliaires durs.

L'épididyme reste induré, surtout au niveau de sa queue. Le cordon spermatique est sain.

Le canal de l'urèthre a été examiné chaque jour depuis le début de la poussée. Jamais il n'a présenté la moindre trace d'inflammation. Le malade a été examiné plusieurs fois à l'improviste et particulièrement le matin, au réveil, pour éviter toute supercherie de sa part : nous n'avons jamais constaté le plus léger écoulement. Du reste le malade n'a pas de dysurie et les mictions ne sont pas fréquentes.

Nous n'avons relevé chez lui aucun signe de syphilis ou de tuberculose. Dans cette dernière atteinte, l'orchite n'a été que l'un des éléments de la poussée lépreuse.

Nous avons déjà signalé le léprome qui s'était développé sur le scrotum en même temps que l'orchite. Quelques jours avant l'apparition des accidents testiculaires, le malade se plaignit des yeux. Il avait de l'injection des conjonctives et du larmoiement. Avec des lavages à l'eau boriquée, ces phénomènes s'amendèrent. Mais quand l'orchite apparut, ils reprirent une nouvelle acuité.

Outre l'injection des conjonctives bulbaires, on observa un cercle périkératique autour de chaque cornée; la chambre antérieure des deux yeux prit un aspect enfumé; les iris devinrent paresseuses et la photophobie fut très vive. Il n'y eut pas de phlyctènes ou d'ulcérations sur la conjonctive ni sur la cornée. En même temps, le malade ressentit des points douloureux au niveau des coudes, des poignets et de la partie moyenne des avant-bras. Ces douleurs rhumatoïdes étaient accompagnées d'un certain degré de gonflement siégeant au niveau des poignets et du dos des mains. A la face dorsale du carpe et du métacarpe, on observait des deux côtés une saillie cylindroïde suivant le tendon extenseur de l'annulaire dans ses mouvements : cette synovite tendineuse est apparue dans le cours de la dernière poussée.

Les os et le nerf cubital n'étaient pas douloureux à la pression. Depuis l'apparition de ces douleurs, la main gauche, qui était presque intacte, a pris une forme de griffe cubitale et elle ne peut presque plus rendre aucun service. Jusqu'à ce moment, elle avait à peu près conservé tous ses mou-

vements.

En résumé, la poussée aiguë dont nous venons d'être témoins a porté sur les appareils les plus divers. Elle s'est traduite par une conjonctivite avec iritis double, par des douleurs rhumatoïdes siégeant dans les membres supérieurs, par l'apparition rapide d'une griffe cubitale de la main gauche, par un léprome situé sur la peau du scrotum et par des lésions testiculaires.

De toutes ces manifestations, la plus intéressante assurément est l'orchite aiguë lépreuse. Les principaux caractères ont été les sui-

vants:

1º L'infiltration lépromateuse simultanée de l'épididyme et du

 $testicule\ proprement\ dit\ ;$ 

2º La localisation qui avait porté exclusivement sur le testicule gauche dans les deux premières poussées d'orchite et s'est faite sur les deux glandes dans les dernières;

3º L'absence d'épanchement dans les vaginales;

4º L'indolence presque absolue des testicules qui pouvaient être malaxés sans que le malade ressentît aucune douleur, caractère négatif qui contrastait avec l'aspect inflammatoire des bourses;

5º L'absence de lésions appréciables du cordon spermatique, de

la prostate et des vésicules séminales;

6° L'absence d'écoulement uréthral;

7º La répétition des poussées aiguës qui sont survenues à quatre reprises différentes ;

8º L'absence de suppurations localisées et de fistules cutanées ;

9º La constatation, après la phase aiguë, de petits nodules de consistance scléreuse disséminés dans le parenchyme testiculaire; 10º L'apparition concomitante d'un léprome du scrotum.

La plupart de ces caractères envisagés isolément peuvent se retrouver dans les autres variétés d'orchite, mais par leur réunion ils constituent un ensemble assez spécial. Ils permettent de distinguer l'orchite lépreuse des autres manifestations testiculaires aiguës.

Dans l'orchite tuberculeuse, la douleur est vive, l'épididyme est le siège presque exclusif des lésions; dès la troisième semaine les dépôts tuberculeux se ramollissent et bientôt s'évacuent par une ou plusieurs fistules. « Cette suppuration rapide, dit M. Reclus, est une caractéristique de l'orchite tuberculeuse (1). » Presque toujours, les cordons spermatiques, les vésicules séminales ou la prostate sont intéressés. L'appareil urinaire et les poumons peuvent être lésés.

Dans l'orchite syphilitique, « le début est insidieux; les désordres se font à froid » (2); l'organe peut être manié sans réveiller aucune souffrance; le testicule et l'épididyme sont simultanément pris; les cordons spermatiques, les vésicules séminales et la prostate restent indemnes. Tous ces caractères appartiennent aussi bien à l'orchite lépreuse qu'à l'orchite syphilitique et le diagnostic serait impossible si l'orchite spécifique ne déterminait pas tôt ou tard le ramollissement et l'évacuation des gommes, dans le cas d'orchite lépreuse que nous avons sous les yeux, la coexistence d'accidents manifestement lépreux et particulièrement d'un léprome scrotal ne peuvent laisser de place au doute.

L'orchite blennorrhagique ne saurait être confondue avec l'orchite lépreuse. La localisation à l'épididyme, l'intensité des douleurs, l'existence d'un écoulement sont autant de signes différentiels qui sont étrangers à l'orchite lépreuse. Nous insistons sur l'absence de tout signe de blennorrhagie chez notre malade.

Ainsi donc, en procédant par voie d'exclusion d'une part, et en considérant les symptômes concomitants (léprome du scrotum, etc.) d'autre part, nous sommes conduits à admettre l'origine lépreuse de l'orchite que nous étudions. Nous avons vainement cherché un cas analogue dans les articles ou monographies qui traitent de la lèpre.

Le secrétaire, Albert Mathieu. 1

dan

san

sés

tes.

pér

sen

pos

pa

m

pe

ne

di

ba

I

<sup>(1)</sup> RECLUS. Tr. de chirurg., t. VIII, 1892, p. 148.

<sup>(2)</sup> RECLUS. Tr. de chirurg., t. VIII, 1892, p. 171.

# REVUE DES SOCIÉTÉS SAVANTES

## ACADÉMIE DE MÉDECINE DE PARIS

SÉANCE DU 29 MARS 1892.

## Présence de parasites dans le sang dans un cas de mycosis fongoïde.

M. Vidat donne lecture d'un pli cacheté déposé par lui le 4 août 1885 dans lequel il décrit des parasites qu'il a trouvés, avec M. Marfan, dans le sang d'un sujet atteint de mycosis fongoïde; ces micro-organismes, disposés en amas et semblables à ceux trouvés dans les poils et dans les croûtes, se voyaient dans le sérum sanguin, quelques-uns semblaient avoir pénétré à l'intérieur des globules blancs et même des globules rouges; semblable constatation n'avait pas encore été faite dans le sang.

Des inoculations faites dans le péritoine des cobayes avec le sang et par l'introduction de fragments de peau altérée n'ont pas donné de résultats positifs.

Depuis cette époque, des parasites analogues ont été trouvés dans le sang par Stellwagon et Leffingwell Hatch (1892).

#### SÉANCE DU 23 AOUT 1892

## Les lépreux en Bretagne en 1892.

M. Zambaco-Pacha fait sur ce sujet une importante communication qu'il a résumée et complétée dans une communication ultérieure à la Société de dermatologie (voir *Annales de dermatologie*, décembre 1892, p. 1213).

M. Lancereaux pense qu'une partie des cas désignés sous le nom de maladie de Morvan appartiennent à la lèpre, mais que d'autres en sont indépendants: des causes diverses, le rhumatisme chronique par exemple, peuvent produire des troubles trophiques très analogues à ceux déterminés par la lèpre.

M. Vidal insiste sur l'importance que présenterait, au point de vue du diagnostic de lèpre, la constatation chez les malades de M. Zambaco de la tuméfaction nodulaire des troncs nerveux et surtout de la présence du bacille de Hansen.

M. Zambaco-Pacha fait remarquer que le bacille n'a pu être trouvé à l'examen de nerfs provenant de sujets incontestablement lépreux.

#### SÉANCE DU 30 AOUT 1892

#### La lèpre en Bretagne.

MM. Prouff et Baret émettent quelques réserves sur les conclusions de M. Zambaco; l'identification de la maladie de Morvan et de la lèpre ne pourra être complète que lorsqu'on aura démontré dans la maladie de Morvan l'hypertrophie nodulaire des troncs nerveux et la présence du

bacille lépreux dans ces nodosités: les nerfs sont quelquefois tuméfiés dans la maladie de Morvan, mais jamais noueux. Les lésions de la moelle, constantes dans la maladie de Morvan, font défaut dans la lèpre. La lèpre existe en Bretagne, mais elle y est très rare et on n'en peut citer que deux cas, chez un sujet qui n'a jamais quitté la Bretagne, et chez l'oncle de ce sujet qui a été, de toute évidence, contagionné par son neveu. Il est à remarquer qu'on n'a jamais observé deux cas de maladie de Morvan dans une même famille, pas même deux cas chez des sujets ayant habité la même maison.

#### SÉANCE DU 25 OCTOBRE 1892

### Cagots et lépreux.

M. Magitor présente des moulages de déformations des extrémités observées chez un assez grand nombre d'habitants d'une région limitée du Béarn où ils sont connus sous le nom de cagots. Les ongles des pieds et des mains sont soulevés et arqués ; il y a de plus des fissures, des gerçures, parfois même des ulcérations de l'épiderme et de la matrice de l'ongle ; les poils sont rares ; les phalanges sont déformées et il y a quelques plaques d'anesthésie sur la peau.

Il pense que ces déformations sont de nature lépreuse et représentent une forme de survivance très atténuée de la lèpre, si répandue dans le sud-ouest de la France, du XIIIe au XVIe siècle; des données historiques permettent d'établir la filiation entre les lépreux du moyen âge et les cagots de l'époque actuelle.

#### L'impétigo des enfants.

M. Ch. Leroux a constaté la contagion de l'impétigo dans 220 cas sur 750 qu'il a observés, contagion se faisant soit entre enfants d'une même famille, soit entre enfants de famille différentes. Sur 120 inoculations, il a obtenu 79 résultats positifs ; il a pu parfois poursuivre l'inoculation jusqu'à la 6° série et a constaté que les caractères de contagiosité et d'inoculabilité se perdent quand l'impétigo vieillit. Il a trouvé dans les lésions impétigineuses les diverses variétés du staphylococcus pyogenes et des streptocoques.

En étudiant l'impétigo expérimental, inoculé en série sur des enfants, il a trouvé des diplocoques, des streptocoques, mais pas de staphylocoques; les cultures de streptocoques, provenant de lésions d'impétigo, inoculées à des enfants, ont reproduit l'impétigo dans les vésicules duquel il a trouvé également le streptocoque. Il pense que l'impétigo est dû à un microbe spécial auquel il donne le nom de « streptocoque de l'impétigo »; les staphylocoques, agents de suppuration, sont des éléments surajoutés qui semblent se substituer rapidement aux streptocoques de l'impétigo et provoquer par infection secondaire des manifestations multiples, tourniole, ecthyma, abcès, conjonctivites, ostéomyélite, etc.

#### SÉANCE DU 31 OCTOBRE 1892

#### Les cagots des Pyrénées et la lèpre.

M. ZAMBACO-PACHA pense comme M. Magitot que les cagots sont des

desc

que

qual

est '

ne p

bact

tain

app fréc

ban

lèpi hér

soi

de

lèp

déf

les pa

50

de

D

tı

li

1

I

M

descendants de lépreux; il considère comme possible et même probable que les déformations des ongles montrées par M. Magitot sont des reliquats de la lèpre: la lèpre est, comme la syphilis, un véritable protée. Il est vrai qu'on n'a pas trouvé de bacille lépreux chez les cagots, mais on ne peut refuser de diagnostiquer la lèpre jusqu'à ce que les progrès de la bactériologie permettent de retrouver le bacille, qui manque dans un certain nombre de cas authentiques de lèpre.

M. E. Vidal ne considère pas les lésions unguéales des cagots comme appartenant à la lèpre, car elles ne ressemblent en rien à ce qu'on observe fréquemment dans la lèpre, par contre, ces lésions hypertrophiques sont banales et se rencontrent dans des maladies qui n'ont rien à voir avec la lèpre, dans le rhumatisme par exemple, elles sont même fréquemment héréditaires. Il est possible que, chez les cagots de Salies-de-Béarn, elles soient dues aux efflorescences salines de ces régions, à l'action irritative de ces sels et à la malpropreté excessive de ces populations.

Pour admettre que ces lésions soient une manifestation dégénérée de la lèpre, il faudrait démontrer l'existence de transitions entre la lèpre vraie et ces lésions unguéales des cagots, transitions qui font complètement

défaut.

#### SÉANCE DU 29 NOVEMBRE 1892

#### Les cagots des Pyrénées et la lèpre.

M. Th. Roussel qui a étudié les cagots des Pyrénées ne pense pas que les lésions montrées par M. Magitot soient d'origine lépreuse, d'une part, parce que les documents historiques prouvent que les cagots des Pyrénées sont les descendants de l'ancienne race visigothe persécutée par l'Église dès le V° siècle, et d'autre part parce que les lésions unguéales n'ont rien de caractéristique et peuvent se rencontrer en dehors de la lèpre.

### De la valeur de l'examen bactériologique dans le diagnostic des formes frustes et anomales de la lèpre.

M. Pitrres rapporte l'observation d'un homme de 46 ans, présentant aux 4 extrémités des troubles trophiques profonds se reproduisant incessamment depuis 4 ans ; les mains étaient déformées par des rétractions cicatricielles et par des mutilations spontanées au niveau des 2 dernières phalanges de plusieurs doigts, les muscles des éminences thénar et hypothénar et les interosseux étaient atrophiés ; il y avait sur les avant-bras, les jambes, les cuisses et la verge des cicatrices consécutives à des bulles pemphigoïdes ; les membres inférieurs présentaient, sur presque toute leur étendue, la dissociation dite syringomyélique de la sensibilité ; nulle part il n'y avait de tubercules ni d'indurations sous-cutanées, les nerfs cubitaux étaient peut-être un peu tuméfiés, mais ne présentaient pas de renslements nodulaires ; le malade avait séjourné à la Martinique. La lèpre fut exclue par plusieurs médecins.

Le diagnostic de syringomyélie fut porté. Néanmoins, l'idée de lèpre fut agitée de nouveau. L'examen du sang et du pus des ulcérations ne décela pas la présence du bacille de Hansen, mais un fragment de nerf sous-cutané renfermait des bacilles très reconnaissables à leur forme et à leurs réactions histo-chimiques.

Cette observation, la première dans laquelle on ait fait la preuve bacillaire de la nature lépreuse d'une névropathie avec dissociation syringomyélique de la sensibilité, amène l'auteur aux conclusions suivantes :

1º La lèpre peut donner lieu à un ensemble de troubles trophiques et de symptômes sensitifs très analogues à ceux qui caractérisent la syringomyélie;

2º Dans les cas douteux, la recherche méthodique du bacille de Hansen est le moyen le plus sûr que nous possédions pour établir le diagnostic entre ces deux affections:

3° L'examen bactériologique du sang, du pus sécrété par les troubles trophiques, de la sérosité des vésicatoires placés sur les régions anesthésiques de la peau, ne donne que des résultats aléatoires et incertains;

4º Pour que l'examen bactériologique ait toute sa valeur démonstrative, il convient qu'il soit pratiqué sur des tubercules cutanés, s'il en existe, et, s'il n'en existe pas, sur des fragments de nerfs excisés au-dessous des régions de la peau où la sensibilité et la nutrition sont notablement altérées,

#### SÉANCE DU 21 FÉVRIER 1893

#### Existe-t-il dans les pays réputés non lépreux, en France et en particulier dans la région du Nord et à Paris, des vestiges de l'ancienne lèpre?

M. Leloir rappelle qu'il a, en 1881, publié l'observation d'une malade atteinte de gangrène multiple de la peau d'origine nerveuse, simulant la lèpre, qu'il a dès 1885 posé la question de savoir si certaines trophoneuroses cutanées ne seraient pas des lèpres dégénérées, vestiges de l'ancienne lèpre. Il rapporte cinq nouvelles observations qui peuvent se résumer ainsi:

1º Homme de 56 ans, cultivateur né dans les environs de Cambrai, n'ayant jamais quitté le département du Nord, ayant voyagé uniquement dans les départements avoisinants et en Belgique, n'ayant jamais été soldat et présentant au plus haut degré des lésions rappelant d'une façon frappante celles de la lèpre systématisée nerveuse : déformations d'une main en griffe; mutilation de l'autre main rappelant une patte de phoque groenlandais; déformations et mutilations des pieds; anesthésie des extrémités; léger épaississement des nerfs cubitaux : douleurs névralgiques dans les membres; formation de bulles pemphigoïdes au niveau des membres; maux perforants plantaires.

2º Homme de 46 ans, présentant les caractères de la lèpre systématisée nerveuse; taches hyperchromiques et achromiques avec anesthésie au niveau des plaques; déformations des mains en griffes avec atrophie des muscles des éminences thénar et hypothénar; déformations des pieds et mutilation des orteils, rappelant absolument le moignon de pied qu'on observe chez les lépreux; atrophie musculaire des muscles des membres supérieurs et inférieurs, anesthésie des extrémités accompagnée de quelques zones d'hyperesthésie; bulles pemphigoïdes; ulcérations, maux perforants

pl

le

si

ja

p

fr

re

c

le

c

d

f

ľ

plantaires; état ichthyosiforme de la peau des jambes; névralgies violentes dans les membres; léger degré d'alopécie palpébrale; léger épaississement des nerfs cubitaux. Le malade, né aux environs de Bergues, n'a jamais été soldat, n'a jamais quitté les Flandres françaises. L'examen du pus provenant des ulcérations cutanées ne montre pas de bacilles; un petit fragment cutané bordant une ulcération renferme deux bacilles offrant les réactions histo-chimiques des bacilles lépreux et en rappelant assez les caractères; mais le petit nombre de ces bacilles vient à l'encontre de leur nature lépreuse.

3º Homme de 66 ans, berger, présentant des déformations rappelant celles de la lèpre mixte : déformations de la main; début de la mutilation de celle-ci, comme dans la lèpre systématisée nerveuse; tendance à la formation d'ulcérations rappelant des maux perforants au niveau de la main; état éléphantiasique du membre inférieur; mutilation du pied en moignon comme dans la lèpre mutilante; état ichthyosiforme de la peau; maux perforants plantaires; bulles pemphigoïdes avec ulcérations rappelant celles du pemphigus lépreux; anesthésie avec hyperesthésie au niveau des extrémités; douleurs névralgiques au niveau du front, de la racine du nez et des sourcils; au niveau du coude, tubercules en placards rappelant des lépromès; cicatrices multiples sur le corps; taies sur les cornées. Le malade, né à Coyecques (Pas-de-Calais), n'a jamais quitté l'Artois ni les Flandres. Une parcelle des tubercules du front ne renferme pas de bacilles lépreux caractéristiques, mais seulement 3 bacilles les rappelant grossièrement.

4º Femme de 58 ans, présentant des lésions rappelant beaucoup la lèpre systématisée nerveuse : déformation des mains et des pieds, comme dans certains cas de lèpre systématisée nerveuse; hyperkératinisations plantaires; état ichthyosiforme de la peau ; état éléphantiasique des jambes ; atrophie musculaire; hyperesthésie cutanée, léger degré d'anesthésie des extrémités; douleurs névralgiques dans les membres ; cette malade n'a jamais quitté les Flandres françaises. A l'autopsie, épaississement des nerfs des membres dù à un certain degré de périnévrite ; névrite parenchymateuse ; racines spinales et moelle intactes ; pas de bacilles lépreux dans les nerfs ni dans la peau.

5º Homme de 20 ans, atteint de troubles trophiques musculaires et cutanés rappelant beaucoup à certains égards ceux de la lèpre systématisée nerveuse: atrophie des muscles des épaules, des bras, des avant-bras, atrophie des muscles des éminences thénar et hypothénar, des interosseux; disparition totale de la sensibilité à la douleur au niveau des membres supérieurs, de la moitié supérieure du tronc, du cou, de la face; disparition de la sensibilité à la douleur au niveau de la muqueuse des lèvres et de la langue, dissociation syringomyélique de la sensibilité au niveau des parties correspondant à la veste, au masque et au casque; nombreuses cicatrices et ulcérations recouvertes de croûtes sur les doigts, consécutives à des bulles de pemphigus; hyperkératinisations palmaires; altérations des ongles; sujet né à Warnhem (arrondissement de Dunkerque), n'ayant jamais quitté son pays.

M. Leloir conclut de ces observations qu'il existe en France des malades

atteints d'affections innommées rappelant au plus haut degré la lèpre. Il est possible que ces cas soient des vestiges plus ou moins dégénérés de l'ancienne lèpre qui avait envahi toute la France et l'Europe au moyen âge.

Cette théorie séduisante, suggestive, attend encore une démonstration scientifique, basée sur un ensemble de faits minutieusement observés et minutieusement décrits au point de vue anatomo-pathologique et bactériologique.

GEORGES THIBIERGE.

env

le c trai

s'ag

leso

tor

mo

Co

qu

se

m

d'

de

le

d

m

n

d

# SOCIÉTÉ DE MÉDECINE DE BERLIN

SÉANCE DU 1er FÉVRIER 1893

## Maladie spécifique de l'œil.

M. Silex présente un cas de maladie spécifique rare de l'œil. Il s'agit d'un homme de 40 ans qui contracta la syphilis en mai 1892. Fin mai, lésion initiale. Pas d'exanthème. En juin, 8 frictions mercurielles et 4 injections sous-cutanées. Le 28 juillet, accident grave accompagné de troubles de l'intelligence. Au commencement de septembre, état général satisfaisant. Le 3 septembre, attaque d'apoplexie avec perte de connaissance: paralysie des membres du côté gauche, troubles de la parole. 40 frictions, le malade sort amélioré le 22 octobre. Les premiers jours de janvier il remarqua une tuméfaction circonscrite de la paupière supérieure gauche; peu à peu épaississement et rougeur de toute la paupière, au point que le malade ne pouvait plus ouvrir l'œil. Il vint à ce moment, 31 janvier, consulter l'auteur.

Pas de symptômes de syphilis tégumentaire. Rien du côté des ganglions. Les ganglions préauriculaires du côté gauche ne sont pas engorgés. Petite cicatrice sur le pénis. Organes internes sains, sauf un léger catarrhe pulmonaire. Légère parésie des membres du côté gauche, sans altération de la sensibilité, et parésie du rameau facial inférieur du côté droit. La paroi inférieure de l'orifice nasal du même côté est transformée en une ulcération gris sale. La paupière supérieure gauche est tuméfiée, rouge et envahie par une infiltration dure. Sur la conjonctive palpébrale hyperhémiée et légèrement tuméfiée, il y a au milieu une ulcération gris sale, inégale, peu profonde, à bords décollés et déchiquetés; à droite de cette ulcération, on voit à trayers la conjonctive, une nodosité de la grosseur d'un pois, dure, gris jaunâtre. Excepté un point de la cornée dépouillé de son épithélium, l'œil est normal. Selon l'auteur, il s'agit des suites d'une apoplexie consécutive à une maladie spécifique des vaisseaux, et de gommes récentes exulcérées du nez et de la conjonctive palpébrale, chez un homme qui ne présente d'ailleurs pas de signes de syphilis et chez lequel l'infection remonte à 8 mois.

Le pronostic est favorable, un traitement spécifique énergique déterminera rapidement la guérison avec cicatrices. Déjà 5 gr. d'iodure de potassium pendant deux jours ont amené une amélioration extraordinaire.

Les maladies spécifiques des paupières sent assez rares, il en existe

environ 150 cas dans la science : 85 sur la peau de la paupière. 20 sur le cartilage palpébral et 45 sur la conjonctive, L'auteur a eu l'occasion de traiter dernièrement trois cas. Les paupières étaient envahies comme s'il s'agissait d'une sclérose initiale elles présentèrent toutes les formes sous lesquelles la syphilis peut se traduire sur la peau, le cartilage et la conjonctive.

A. Doyon.

(D'après le Berliner klin. Wochenschrift.)

## SOCIÉTÉ BERLINOISE DE DERMATOLOGIE

SÉANCE DU 5 JUILLET 1892

#### Chloasma.

M. Joseph présente une jeune fille atteinte de chloasma ayant envahi toute la face, la nuque et la poitrine; il existe depuis l'âge de 6 ans et a modifié la peau à ce point qu'on pourrait croire à une maladie d'Addison. Comme l'affection n'a pas fait de progrès ultérieurs, il ne saurait être question de xeroderma pigmentosum. A la face la pommade contre les éphélides, sur le tronc la chrysarobine sont restées inefficaces jusqu'à présent. Il compte essayer l'acide phénique liquide.

M. Lewin propose le sublimé.

#### Angiokératomes des mains.

M. Joseph présente encore une jeune fille affectée d'angiokératomes des mains. Sur la surface d'extension des doigts on trouve, outre des traces d'engelures guéries, des dilatations rouge bleuâtre, recouvertes de dépôts cornés, croûteux. Cette maladie est fréquente, cependant il a été peu écrit à son sujet. Elle s'est développée dans ce cas comme dans tous les autres en connexion avec des engelures. Les bains de sable chauds et les cautérisations ont été utiles, toutefois les récidives sont fréquentes.

M. Lassar dit qu'il observe souvent l'hiver cette affection sans la considérer comme une maladie sui generis. Il a vu non seulement aux mains, mais relativement souvent aussi aux pieds des angiokératomes en connexion avec des ectasies veineuses. Le Paquelin lui paraît très utile dans ces cas parce que, outre qu'on détruit directement quelques vaisseaux, on oblitère et on détermine l'atrophie, par suite de l'irritation thermique, d'autres anastomoses vasculaires.

M. SAALFELD a vu, outre de nombreux angiomes, une série d'angiokératomes chez un homme de 40 ans ayant des troubles de la circulation abdominale et par suite des ectasies veineuses caractérisées principalement aux membres inférieurs (spécialement une augmentation considérable du volume de la cuisse et de la jambe du côté droit).

M. Lewis croit, en raison de la symétrie de la maladie, à des influences nerveuses.

#### Psoriasis vulgaire généralisé.

M. Joseph présente un malade atteint de psoriasis vulgaire généralisé, lequel n'a voulu se soumettre à aucun traitement externe. L'arsenic pris à l'intérieur a provoqué très rapidement des phénomènes d'intoxication;

on a fait alors des injections d'arséniate de soude qui ont donné un excellent résultat. Chez ce malade le psoriasis unguéal est surtout digne d'attention.

## Maladie des ongles non encore décrite.

M. Joseph signale une maladie spéciale des ongles. Il s'agit d'un médecin qui a eu autrefois un sycosis parasitaire et de l'herpès tonsurant. Depuis quelque temps il s'est formé des sillons parallèles au bord de l'ongle de l'index gauche; dans ces sillons l'ongle se brise spontanément ou sous l'influence d'une cause externe légère. L'orateur voudrait appeler cette maladie onychie circinée. L'aspect de cette affection est essentiellement différent de celui de l'onychomycose tonsurante. On n'a pas trouvé de champignons, mais de nombreux micro-organismes. Comme traitement, le sublimé.

M. Lewin a traité de nombreux psoriasiques avec des injections d'arsenic; l'usage interne de l'arsenic ne lui a pas donné de grands succès; par contre les récidives sont fréquentes, au point que l'orateur a renoncé au traitement arsenical. Il a observé deux fois des affections semblables des ongles.

M. SAALFELD vit dans un cas la surface convexe de l'ongle être remplacée par une surface concave.

M. Lassar recommande comme traitement l'emplâtre de sublimé phéniqué.

## Cas de réinfection syphilitique.

M. Peters présente un malade atteint de réinfection syphilitique; il a été traité il y a environ 10 ans à la Charité pour un ulcère avec engorgement ganglionnaire consécutif. Dans le cours du traitement hospitalier il survint un exanthème qui disparut après 30 injections sous-cutanées. Après sa sortie il eut encore une affection du cou. Il s'est marié trois ans plus tard. Il a eu deux enfants sains et qui le sont encore. Sa femme dans sa troisième et quatrième grossesse, a avorté au deuxième et au septième mois. Actuellement ce malade a une sclérose typique, un engorgement ganglionnaire et au bout de quelques semaines il lui est survenu un exanthème qui ressemblerait beaucoup au premier; à présent les cheveux tombent encore. L'état général est notablement modifié.

M. Rosenthal croit qu'il faut être prudent en ce qui concerne le diagnostic dans tous les cas de ce genre. Si l'on irrite une érosion, par exemple avec le nitrate d'argent, il peut facilement survenir une induration de la base qui peut faire croire à un nouveau chancre induré, tandis qu'il ne s'agit en réalité que d'un symptôme qui ressortit au chapitre syphilis et irritation.

M. Ledermann cite un cas analogue à celui-ci, décrit par Pospelow. Il tient ce cas pour absolument démonstratif. Au point de vue du diagnostic différentiel il appelle l'attention sur un malade qu'il traite actuellement. Ce malade avait un ulcère qui ressemblait beaucoup à un chancre induré et qu'on considérait comme tel. L'iodure de potassium provoqua en peu de temps une résorption si rapide qu'il ne fut pas douteux qu'il s'agissait d'une gomme. Quant à l'avertissement donné par Rosenthal relativement

l'o sy

St

pi

di

C

e:

fa

n la

j

n

F

f

à l'emploi du crayon de nitrate d'argent dans les ulcérations du pénis, l'orateur s'y rallie tout à fait; il recommande, même chez les sujets non syphilitiques, d'être prudent dans l'application du crayon de nitrate d'argent dans les ulcères péniens. Souvent à la suite de ces cautérisations, les ulcérations simples s'indurent et peuvent alors faire croire à tort à une sclérose.

M. Lewin tient le cas actuel pour typique. Il est heureux de pouvoir se prévaloir d'une nouvelle preuve de la curabilité de la syphilis.

#### Fistule du pénis.

M. Lewin présente, à la demande de Posner, un blennorrhagien atteint de fistule du pénis. Dans cette fistule, qui ne communique pas avec l'urèthre, on peut introduire une sonde de moyenne grosseur jusqu'à 14 centim. 1/2 de profondeur. On sent l'extrémité de la soude dans la région de la symphyse. Ce trajet qui est parallèle à l'urèthre doit être regardé comme le conduit excréteur prolongé d'une glande de Cooper. La sécrétion, que l'on peut faire sortir et que du reste le malade expulse au moment du coît, est claire, muqueuse et contient des filaments. Il existait une blennorrhagie de la la fistule, on a constaté la présence de gonocoques. D'autre part on n'a jamais trouvé de spermatozaires dans la sécrétion de la fistule. Le canal n'est donc pas en rapport avec l'urèthre ni en connexion avec la prostate. Par le rectum on ne sent pas l'extrémité de la sonde dans la fistule. Il faudra avoir recours à une opération pour amener son oblitération.

M. Lewis ajoute qu'il a traité un homme ayant trois fistules, qui partaient des glandes de Littre. Il a vu souvent des fistules dans la périuréthrite caverneuse, lesquelles se transforment fréquemment en ulcérations. Les fistules envahies par la blennorrhagie sont souvent tendues au point de présenter la dureté d'un chancre induré. Certaines fistules s'ouvrent au niveau de la racine du pénis et donnent lieu à des déviations pendant l'érection.

## Physiologie des glandes de la peau.

M. Benda. — La division actuelle des glandes de la peau d'après leur morphologie en glandes acineuses et tubulaires est le point de départ de nombreuses difficultés. Il est quelques glandes qu'on ne sait à quelle catégorie rattacher. Ainsi, d'après la division de Flemming, les glandes de Moll et les glandes circumanales se rapprochent surtout des glandes glomérulaires; les glandes mammaires, que l'orateur range aussi dans les glandes de la peau, sont en général regardées comme des glandes acineuses et doivent être malgré cela comptées parmi les glandes tubulaires. Les glandes sébacées présentent aussi dans leur développement un type absolument tubuleux qui se conserve tant qu'il n'y a pas de stase de la sécrétion. Ce n'est qu'alors qu'elles prennent le caractère acineux. Il est préférable de diviser les glandes d'après leurs propriétés physiologiques plutôt que d'après leurs caractères histologiques. Les unes sécrètent leur produit par métamorphose cellulaire. Les glandes sébacées sont de ce nombre. L'orateur expose en détail le processus de formation de la sécrétion, et signale spécialement les figures mitosiques de division des noyaux.

Le contenu des cellules les plus anciennes subit une métamorphose graisseuse, les noyaux sont résorbés. Comme paradigme du processus, Benda montre des préparations des glandes de Meibomius. En opposition à celles-ci il y a les glandes sudoripares dans lesquelles on n'a jamais observé de modifications cellulaires en rapport avec leur sécrétion.Les conduits glandulaires ne se modifient que par des disférences de tension du calibre suivant la proportion de la sécrétion. Les glandes sudoripares les plus volumineuses ont un épithélium cylindrique saillant, avec délimitation cuticulaire vers le calibre. A l'intérieur des cellules il existe de petites granulations, rarement des gouttelettes de graisse. Pour les glandes mammaires l'orateur admet, contrairement à Nissen, que la sécrétion a lieu par transsudation et exsudation, non par les cellules glandulaires elles-mêmes. Dans les glandes sudoripares du creux de l'aisselle rien ne disparaît des cellules elles-mêmes, elles ne produisent pas de graisse. Les soi-disant modifications cellulaires sont des phénomènes dus à des différences de tension. On trouve un fait analogue dans la manière dont se comporte l'épithélium des bulles avec des tensions différentes. Tout comme dans les glandes sudoripares, les glandes cérumineuses de l'oreille ne sécrètent pas de graisse. Chaque glande cérumineuse est en connexion avec une petite glande sébacée qui verse sa sécrétion graisseuse dans le conduit excréteur de la glande.

M. LEDERMANN s'appuyant sur ses recherches personnelles est d'avis que des particules de graisse apparaissent non seulement dans le conduit excréteur, mais aussi dans le glomérule des glandes sudoripares,

M. Lewin pense que dans la sueur il y a de la graisse, même indépendamment de la sécrétion des glandes sébacées. A la paume des mains et à la plante des pieds il n y a pas de glandes sébacées et malgré cela la sécrétion de ces régions contient de la graisse. Si la sécrétion de la graisse fait défaut, on a alors de la sclérodermie. Il questionne en outre l'orateur sur le mode de sécrétion des glandes de Thyson dont la sécrétion a une grande importance pratique pour le gland.

M. Benda n'a pas examiné particulièrement les glandes de Thyson. Il croit que la graisse peut se produire aussi sans glandes, par transformation des cellules épidermiques, par exemple à la face interne du prépuce. Si dans les glandes sudoripares il y a de la graisse elle n'est certainement pas produite par la métamorphose des cellules.

#### Chondrite gommeuse.

M. Lewin présente le fémur d'un enfant atteint de syphilis héréditaire. On sait que chez ces enfants on a souvent trouvé une maladie de l'épiphyse des os longs, laquelle entraîne finalement la disjonction de l'épiphyse de la diaphyse. Déjà en 1868 il a le premier appelé l'attention sur cette affection qu'il a décrite sous le nom de chondrite gommeuse. Comme stade préliminaire de cette séparation l'orateur a observé une position particulière des mains qui pendent comme paralysées; il en était ainsi chez cet enfant.

A. Doyon.

SO

ér

me

se

ma

fri

m

m

qu

K

h

p

p

C

d

# SOCIÉTÉ ROYALE DES MÉDECINS HONGROIS A BUDAPEST (1)

#### SÉANCE DU 19 MARS 1892

#### Lupus érythémateux.

M. A. Havas présente une malade âgée de 24 ans, atteinte de lupus érythémateux. L'affection est intéressante en ce que, dans ce cas on peut voir à la fois les phases d'un lupus érythémateux, avant toute intervention médicale; de plus la maladie présente une localisation rare, en dehors de ses sièges habituels de prédilection elle a envahi les surfaces de flexion des doigts. Ici la peau a une teinte livide, elle est très épaissie, en desquamation, avec des dépressions cicatriformes. Les ongles sont raboteux, friables.

M. Rona dit avoir eu l'occasion d'observer pendant des années deux malades atteints de lupus érythémateux de la face et des mains. Une des malades avait chaque printemps sur les deux mains un érythème papuleux qui persistait durant des semaines.

#### Herpès tonsurant maculeux.

M. A. Havas présente un cas d'herpès tonsurant maculeux. Depuis 5 jours, il existe des papules de la grosseur d'une tête d'épingle et des plaques rouge rose, legerement prurigineuses, de la dimension d'une lentille, avec desquamation au centre. L'orateur partage l'opinion d'Hebra-Kaposi, qui regardent le trichophyton tonsurant comme la cause de la maladie.

M. Rosa dit que dans les cas de ce genre on ne doit plus parler d'un herpés tonsurant, mais seulement de pityriasis rosé de Gibert, car, comme la plupart des dermatologistes, il n'a pas trouvé les champignons trichophytiques.

M. Havas réplique que dans ces cas il a toujours rencontré le trichophyton.

#### SÉANCE DU 26 MARS 1892

#### Prurit cutané généralisé chez un garçon de six ans

M. Roxa présente un garçon de six ans atteint depuis près de 4 ans de prurit cutané généralisé. Chez ce malade, le prurit a envahi toute la surface cutanée, les muqueuses seules sont indemnes. La paume des mains et la plante des pieds sont presque constamment le siège d'hyperidrose, le reste de la peau est lisse, sec. Le prurit existe constamment mais il est plus violent pendant la nuit. L'enfant est né de parents sains et n'a jamais eu de maladies de peau. Il ne saurait être question de maladies antérieures tels que : ictère, diabète, néphrite, helminthiase, albuminurie. A l'àge de 2 ans, catarrhe intestinal qui dura 2 à 3 mois. En novembre 1891 il a eu pendant 5 jours une fièvre intermittente.

(1) D'après les Monatshefte für prakt, Dermatologie.

Le malade est rachitique, peu développé. Toute la peau est brun sale, mais nulle part trace d'une éruption quelconque, d'une papule de prurigo ou d'un pomphyx, seulement quelques croûtes provenant du grattage. Sur les membres inférieurs, faces interne et externe, on voit des papules lichénoïdes du volume d'un grain de mil, secondaires, provenant du grattage, correspondant aux follicules pileux. La peau, sur la face dorsale des pieds, des mains, des doigts est très épaissie, comme celle d'un manœuvre. Sur le cuir chevelu, au niveau de l'os pariétal gauche, plaque chauve de la dimension d'une pièce de vingt centimes. Les ganglions inguinaux sont à peine engorgés, mais non comme dans le prurigo, ceux de la région cervicale sont tuméfiés.

L'examen des organes internes, de l'urine ne révèle rien d'anormal. Il s'agit bien ici, selon Rona, d'un prurit cutané généralisé, maladie qui jusqu'à présent n'a jamais été observée chez des enfants. L'étiologie n'a pu être établie et Rona est disposé à croire que l'affection provient du rachitisme, d'une maladie non encore définie du système nerveux central.

## SÉANCE DU 4 JUIN 1892

Traitement au moyen de l'extirpation par la région sacrée (procédé de Kraske) des rétrécissements syphilitiques de la partie supérieure du rectum, avec présentation de malade.

M. Herczel signale les difficultés qu'entraîne le traitement opératoire des rétrécissements syphilitiques du rectum, en raison de l'infiltration dure des parois rectales et des tissus environnants qui survient dans la syphilis, surtout quand le point rétréci par des cicatrices est long, étroit et son siége élevé. Les auteurs anglais ont dans ces cas conseillé de faire un anus artificiel. Au lieu de ce traitement palliatif, l'orateur a pratiqué l'opération de Kraske. Il s'agit d'une femme de 31 ans qui avait contracté la syphilis (?) plusieurs années auparavant, par suite de pédérastie. Il y a 4 ans il survint un rétrécissement du rectum, lequel augmenta au point qu'on fit la rectotomie; mais la maladie récidiva; amaigrissement considérable. En mars de cette année on constata un rétrécissement de 7 a 8 centim. de longueur, permettant seulement le passage d'une plume de corbeau. L'opération a parfaitement réussi, l'anus de la région sacrée fonctionne bien, les évacuations ne sont pas douloureuses et s'effectuent spontanément chaque jour. A. Doyon.

# SOCIÉTÉ DE VÉNÉRÉOLOGIE ET DE DERMATOLOGIE DE MOSCOU (1)

SÉANCE DU 31 JANVIER 1892.

#### Urticaire.

M. Pospelow présente un malade, mécanicien, atteint d'urticaire. Il est venu consulter l'orateur pour un prurit généralisé qui troublait son

(1) D'après les Monatshefte f. prakt. Dermatologie.

ŀ

1

d

repos jour et nuit. La peau du malade est tellement sensible aux irritations extérieures que le plus léger contact avec un objet mousse provoque, après 1 à 2 minutes, un œdème aigu. Par suite ce malade ne peut ni se laver ni surtout s'essuyer avec un linge de toilette, sans que la face ne devienne pâle et œdémateuse et qu'il ne survienne une vive sensation de brûlure et de la rougeur de la peau. Cet état persiste environ 3 à 4 heures. Cet homme rappelle la femme autographique de Dujardin-Beaumetz.

## Lèpre anesthésique.

M. Pospelow présente un homme atteint de lèpre anesthésique. Il s'agit d'un voiturier de Moscou, âgé de 37 ans, de moyenne stature et d'aspect sain. Il est entré à l'hôpital de Miassnitzky pour une plaque sur le front. Il existe en effet sur le front et sur le cuir chevelu en grande partie chauve, un disque de forme ovale, rouge brun, saillant, ayant 3 centim. 3/4 de long et 2 centimètres 1/2 de large. Le bord a 4 centim. 1/2 de large. Au voisinage de ce disque, sont disséminées quelques papules brillantes, de la dimension d'une lentille, rouge brun, dures au toucher, saillantes, les unes isolées, les autres confondues avec le disque. A la partie inférieure de la plaque frontale on voit une de ces papules, en apparence isolée, qui est réunie à la plaque par une espèce de cordon assez dur, non douloureux à la pression (lymphangite?).

Cette papule serait survenue en dernier lieu. Sur le côté droit de la nuque se trouve un disque analogue dont la partie inférieure est peu caractérisée, il a la forme d'un fer à cheval. Un troisième disque de forme elliptique existe sur la face externe de la cuisse gauche au-dessous de la crête iliaque, il a 10 centim. 1/2 de long sur 5 centim. 1/2 de large. Le bord a 8 millim, brun foncé, avec desquamation légère. La peau à l'intérieur du disque du front et de celui de la hanche est plus pâle que la peau saine, légèrement atrophiée; elle est aussi plus sèche au toucher que la peau normale Mais ce qu'il y a de plus frappant, c'est l'analgésie et la thermo-analgésie très prononcées de la peau à l'intérieur des disques. Ainsi si l'on traverse le derme avec une épingle le malade ne perçoit qu'une pression insignifiante, et, avec le thermo-anesthésiomètre de Roth, il ne distingue pas la différence de température entre 0 et 40° C. L'anesthésie ne s'étend pas au delà des limites de l'éruption; sur la peau saine le malade se rend compte du plus léger contact.

Rien d'anormal ni dans le système nerveux ni dans les organes internes. Les renseignements sur ce malade sont les suivants : c'est un paysan, il est originaire du gouvernement de Kaluga; jusqu'à l'âge de 15 ans, il a vécu dans son village natal. Il est alors venu à Taganrog où il se fit voiturier. Au bout de 4 ans il revint dans son village, s'y maria et retourna 8 mois après à Taganrog où il habita 6 ans. Durant ce laps de temps il rendait quelquefois visite à sa femme, une fois il est allé à Odessa où il a servi 6 mois comme garçon de salle. Ni chez sa femme ni chez son fils on n'a observé un signe quelconque de cette affection. Ce malade réside depuis 11 ans à Moscou comme ouvrier dans une fabrique; il a remarqué pour la première fois, en juillet 1891, une éruption sur le front et une autre semblable sur la hanche; il n'a encore été soumis à aucun traitement.

## Proliférations polypiformes de la muqueuse buccale et labiale.

M. Caspari présente un malade âgé de 17 ans, atteint de l'affection cidessus.

Le volume, la forme et la coloration des lèvres sont à l'état normal. Pas de troubles de la sensibilité des parties affectées. Sur le bord de la lèvre inférieure et sur une petite portion de la lèvre supérieure il y a. assez rapprochées les unes des autres, de nombreuses saillies de la grosseur environ d'une tête d'épingle, plus ou moins molles, unies, arrondies ou aplaties, dont quelques-unes ont à leur centre une dépression punctiforme. A gauche, sur le bord de la lèvre inférieure, légère desquamation.

La muqueuse des lèvres a dans son tiers moyen un aspect normal, sauf qu'elle présente de petites proéminences arrondies ayant le même caractère que celles citées ci-dessus. Aux commissures buccales au contraire la muqueuse est recouverte d'une grande quantité de papules aplaties, arrondies et allongées, dont le diamètre longitudinal est 1/3 à 1/2 centim. et dont la hauteur est de 1 à 2 millim. Les papules sont de consistance assez molle, de coloration normale et séparées les unes des autres par de petits sillons. Au niveau de l'orifice du canal de Sténon, on voit un groupe de papules du volume d'une lentille, unies, arrondies dont l'épithélium est légèrement trouble. En quelques autres points de la cavité buccale (sur l'arc palatin), proéminences aplaties, isolées. La sécrétion de la cavité buccale est neutre, au niveau de la muqueuse des joues elle est légèrement acide. Sur les autres régions, la peau, en dehors d'un peu de sécheresse et d'un lichen pilaire peu caractérisé, n'est le siège d'aucune altération. Au dire du malade l'affection aurait débuté il y a 6 ans, sur la lèvre inférieure, d'où elle a gagné la lèvre supérieure, et ensuite, dans l'espace de 9 mois, les parties indiquées ci-dessus. A l'âge de 10 ans, il a eu une inflammation érysipélatiforme de la face et la coqueluche.

#### Ulcère tuberculeux de la langue.

M. Sabolotzky présente un cas d'ulcère tuberculeux de la langue; il a déjà montré ce malade à la Société dans une séance précédente. Cet ulcère s'est complètement cicatrisé sous l'influence des meilleures conditions dans lesquelles le malade s'est trouvé à l'hôpital, vie tranquille, bonne nourriture, huile de morue, etc. Mais bien que l'état général se soit notablement amélioré et que l'ulcération linguale soit cicatrisée, l'examen microscopique d'un petit fragment excisé à la limite de la cicatrice et du tissu sain a confirmé le diagnostic fait primitivement. On a, en effet, trouvé un tissu tuberculeux typique avec cellules géantes et en quelques points un détritus caséeux.

Il faut en conclure que le processus morbide dans la langue, bien que l'ulcère soit entièrement cicatrisé, n'est pas terminé et que, sinon dans un avenir très prochain, mais dans un temps qui n'est pas très éloigné, il se manifestera de nouveau.

#### SÉANCE DU 6 MARS 1892

#### Lupus vulgaire du pénis et du scrotum.

M. Kontrim présente un malade atteint de lupus vulgaire du pénis et du

S

q

scrotum. Ce cas concernait un homme de 40 ans, qui a toujours eu une bonne santé; jamais de syphilis.

Son affection remonte à 5 ans, jusqu'à présent il a été traité sans succès. Le 19 décembre 1891, il est entré à l'hôpital avec les symptômes suivants : sur le scrotum, principalement à gauche, proliférations mamelonnées dont quelques-unes sont ulcérées ; la partie inférieure de ces proliférations est transformée en un vaste ulcère aplati, à base sanguinolente. La portion antérieure et une partie de la surface postérieure du scrotum, ainsi que la partie antérieure du prépuce forment une cicatrice unie, sans pigment. L'examen microscopique montre qu'il s'agit d'un tissu de granulation dans lequel se trouvent des cellules géantes et que la couche cornée du tissu malade présente une tendance spéciale à la prolifération, comme on l'observe parfois dans la modification du réseau de Malpighi du lupus vulgaire.

## Ecthyma syphilitique avec entérite.

M. Molodenkoff fait un rapport sur un cas d'ecthyma syphilitique avec entérite, avec présentation de malade, qu'il a observé à l'hôpital de Miassnitzky. Au moment de son entrée on trouva chez ce malade : ulcère induré du prépuce, polyadénite, syphilide maculo-papuleuse, impétigo du cuir chevelu, pour lesquels on avait prescrit des injections de sublimé. Ces injections étant douloureuses on les remplaça par des frictions (3 gr. par jour). Après 2 injections et 9 frictions il survint subitement une fièvre intense (39°,6 le soir et 38° le matin), pouls 128. En même temps céphalée violente, surtout la nuit, insomnie, faiblesse générale et apparition rapide d'un ecthyma profond, diarrhée. Plus l'éruption ecthymateuse était prononcée, plus aussi la température s'élevait, jusqu'à 40°,2 le soir. L'insomnie et la céphalée furent plus accusées, la diarrhée devint plus forte, sanguinolente. Rate normale, rien dans les autres organes internes. Il ne pouvait être question de typhus abdominal. Comme en même temps que l'ecthyma il était survenu de la diarrhée et une ulcération de la muqueuse des voies digestives (pharyngite), les phénomènes intestinaux pouvaient être rapportés à une entérite syphilitique. Sur le conseil du professeur Pospelow on ordonna au malade de l'iodure de sodium. Au bout de 3 jours la céphalée céda, le malade put dormir et dès le 5º jour le pouls tomba à 86, la température à 37°,7 le soir; la diarrhée diminua, le sang disparut, l'ulcère pharyngien se cicatrisa et les ulcérations ecthymateuses commencèrent à se réparer. La disparition de la diarrhée, de la pharyngite ulcéreuse et de l'éruption cutanée sous l'influence de l'iode qui aggrave d'ordinaire toujours un catarrhe intestinal aigu, a déterminé l'auteur à faire le diagnostic d'entérite syphilitique.

# Diagnostic différentiel entre la lèpre anesthésique et la syringomyélie.

M. Posperow, à propos de la discussion qui a eu lieu à la Société médicale des hôpitaux de Paris sur un cas de maladie de Morvan, étudie le diagnostic différentiel entre la lèpre anesthésique et la syringomyélie ou gliomatose de la moelle.

Dans cette dernière affection le processus morbide se développe de

préférence suivant l'axe médullaire et il envahit constamment une surface considérable. S'étendant le long des cornes postérieures et du rameau ascendant du trijumeau, la syringomyélie détruit dans toute cette région la sensibilité et principalement la sensation de chaleur et de douleur. Dans la lèpre anesthésique au contraire, les troubles de la sensibilité ne dépassent pas l'étendue de l'éruption et n'ont jamais de limites linéaires aussi régulières que dans la gliomatose. Ensuite, dans la lèpre, le sens du toucher disparaît souvent complètement en même temps que d'autres espèces de sensibilité, tandis que dans la syringomyélie il est presque toujours conservé, la sensation à la chaleur et à la douleur seule disparaît. Par conséquent dans la lèpre il survient une anesthésie complète, tandis que dans la syringomyélie on ne trouve qu'une dissociation de la sensibilité. Enfin il pourrait aussi, il est vrai, survenir dans la syringomyélie différentes espèces de dystrophie de la peau; cependant dans la forme caractérisée de cette dernière affection les modifications trophiques de la peau ne concorderaient jamais avec les limites de la sensibilité modifiée. Par contre les altérations de la sensibilité dans la névrite lépreuse resteraient toujours en dedans des limites du léprome. Or il serait préférable pour différencier la gliomatose de la névrite lépreuse de se servir de l'examen bactériologique : dans la syringomyélie il n'y a pas de bacilles lépreux.

Mais ici surgit une difficulté, c'est que les deux maladies peuvent se trouver réunies et qu'il faut chercher dans la lèpre anesthésique les bacilles lépreux non dans la peau mais dans les nerfs, ce qui est impossible dans la plupart des cas. Pour appuyer le diagnostic de lèpre on signale habituellement aussi le séjour du malade dans un pays où existe la lèpre. Le malade qui fait le sujet de cette communication (v. la séance précédente) vivait à Taganrog où la lèpre est épidémique, comme en général sur les bords de la mer d'Azoff, et où le malade a pu être facilement contagionné. Si l'on tient compte en outre, que ce malade allait tous les ans à la foire de Nischnij-Nowgorod, où il achetait de vieux vêtements et souvent changeait sa coiffure avec celle des voituriers mahométans, on peut facilement admettre qu'il a été contagionné, non seulement à Taganrog où il n'a plus été depuis 10 ans, mais aussi à Nischnij-Nowgorod, et vraisemblablement la contagion a eu lieu l'année précédente ou il y a deux ans, parce que l'éruption lépreuse sur le front n'est survenue que l'année précédente. Puisqu'on ne sait pas encore d'une manière positive si la lèpre est contagieuse, et dans le cas où elle le serait, de quelle durée est l'incubation, on peut bien, dans ce cas, admettre la contagion sans être à même de déterminer l'époque où elle a eu lieu. Toutefois l'absence d'anomalies dans le système médullaire, de modifications dans les muscles et dans le squelette, que l'on observe toujours dans la syringomyélie, l'anesthésie nettement délimitée aux régions de la peau envahies par l'éruption, l'absence de dissociation de la sensibilité et la possibilité de la contagion, toutes ces circonstances montrent que l'on a affaire ici non à un cas de syringomyélie mais à un cas de lèpre anesthésique.

A. Doyon.

ď

la

le

d

S

u

le

d

c

## SOCIÉTÉ I. ET R. DES MÉDECINS DE VIENNE

SÉANCE DU 25 NOVEMBRE 1892

#### Ichthyose hystrix.

M. Karosi présente une fille âgée de 6 ans, atteinte d'ichthyose hystrix d'une forme si particulière qu'on peut regarder ce cas comme unique. Sur la paume des mains et à la plante des pieds les symptômes sont les mêmes que ceux qu'on observe chez tous les ichthyosiques; hyperkératose épaisse, verruqueuse, fendillée. Par contre, sur le tronc, les membres inférieurs et le pavillon des oreilles, il y a des excroissances d'un 1/2 à 1 1/2 centim. de longueur, qui consistent en un pédicule formé par le derme et le tissu sous-cutané molluscoïde et un dépôt de cellules cornées disposées en forme de plume, de sorte que chaque excroissance ressemble beaucoup à une plume d'oiseau. Ces excroissances sont disséminées par centaines sur le tronc et les membres, en d'autres régions, au contraire, comme au-dessus de l'angle des épaules, la région sacrée, les fesses, en petits faisceaux compacts les uns à côté des autres, où elles ont l'aspect de petites ailes. Selon l'orateur on devrait désigner cette variété sous le nom d'ichthyose hystrix pterygoïde ou plumiforme.

## Nævus pigmentaire, pilaire et mollusciforme. Nævi maternels.

M. Kaposi présente ensuite un malade du professeur v. Dittel. Chez ce malade on observe : 1° sur la fesse, du côté gauche, un nævus pigmentaire, pilaire et mollusciforme qui a envahi toute cette région ; 2° sur le tronc et les membres des nævi maternels dont la dimension varie d'une pièce de 0,50 centimes à celle d'une pièce de 5 francs en argent et de très nombreuses lentigines ; 3° de nombreux fibromes et des nodules de molluscum. Selon Kaposi ces deux cas sont des exemples très instructifs en faveur de l'opinion qu'il a déjà exprimée de l'identité génésique de toutes ces productions congénitales et atypiques du pigment, du corps papillaire et du tissu conjonctif embryonnaire sous-papillaire.

#### Séance du 3 février 1893

#### Sarcomatose cutanée (1).

M. Kaposi montre sur trois malades trois types différents de sarcomatose de la peau. Il laisse de côté les sarcomes de la peau — manifestations isolées — qui surviennent spontanément ou à la suite de blessures sous forme de nodosités et dont l'extirpation n'est pas toujours suivie de récidive après 10 ou 15 ans d'observation. Il n'examinera ici que les formes spéciales qui constituent une maladie générale grave par la généralisation des néoplasmes.

Parmi ces variétés Kaposi ne présentera aujourd'hui que des cas de celles qui prennent naissance visiblement ou probablement dans la peau et y restent à peu près limitées jusqu'à l'issue fatale, ou du moins pour les-

<sup>(1)</sup> D'après la Wiener klin. Wochenschrift.

quelles le rapport étiologique entre l'affection viscérale et l'affection cutanée n'est pas tellement constant ou prouvé, que la dermatose doive être regardée comme une pure métastase de la première.

Comme l'un de ces types, Kaposi présente un homme de 51 ans atteint de sarcome pigmentaire multiple idiopatique (sarcome, type Kaposi des auteurs). Dans cette forme qu'il a décrite en 1869, les nodosités apparaissent toujours en même temps sur les mains et les pieds. Elles sont d'un rouge vif, passent bientôt au rouge bleu et au bleu noir par suite d'hémorrhagies capillaires interstitielles, leur confluence est telle qu'elles forment des épaississements noueux considérables sur la face dorsale et la paume des mains, les doigts, les pieds et déterminent une sensation douloureuse de cuisson et de tension. Elles s'ulcèrent très rarement, en général à la suite d'un traumatisme. Au contraire, après des mois ou des années, les plus anciennes nodosités s'affaissent, se résorbent et sont remplacées par une atrophie cicatricielle pigmentée de brun. Il en résulte des plaques nodulaires de la dimension d'une pièce d'un franc et de la paume de la main avec cicatrice centrale, par conséquent de forme circulaire, la ressemblance avec certaines lésions syphilitiques et lépreuses est alors très frappante. Puis longtemps après, de nouvelles papules et nodosités du même genre apparaissent, irrégulièrement disséminées dans une direction centripète, sur les bras et les jambes, le pavillon des oreilles, les paupières, le nez, les lèvres; un grand nombre d'entre elles s'affaissent encore par atrophie, d'autres deviennent turgescentes, présentent l'aspect d'un fongus hématode ou sont d'un noir bleu. Enfin au bout de 5 à 8 ans il survient des nodules sur la muqueuse pituitaire, dans les poumons (hémoptysie) et dans les organes internes. A l'autopsie on trouve une quantité énorme de ces nodules très vasculaires dans le foie, la rate, sur la muqueuse du gros intestin.

La marche de ce type de sarcomatose est donc assez lente, mais toujours fatale. Le traitement arsenical n'a jamais donné de résultat dans ces cas.

Kaposi a bien vu parfois des déviations de ce type dans le mode d'apparition, par exemple la maladie débuter par une seule papule de la grosseur d'un pois sur la plante du pied, ou par une plaque infiltrée rouge bleu sur la face dorsale des mains. Mais là aussi la lésion est arrivée en quelques mois à son plein développement.

Dans le cas actuel il y a une autre déviation. L'affection a débuté il y a environ 4 ans par des douleurs très vives avec tuméfaction des mains et des pieds. Il y a 11 mois, à son entrée à l'hôpital, la face dorsale, des mains et des pieds était tuméfiée en forme de bourrelet à l'intérieur d'une surface rouge bleu comprenant quelques doigts et orteils et nettement limitée par une ligne courbe du côté de l'articulation tibio-tarsienne et de l'articulation carpienne, la partie non tuméfiée venant immédiatement après avait la dureté de la pierre. La portion marginale présentait seule quelques papules rouge bleu, du volume d'un grain de plomb. La paume des mains et la plante des pieds étaient rouges, tuméfiées et dures, extrêmement douloureuses. L'auteur n'a jamais vu pareilles rougeur, induration et tuméfaction qu'en présence de nodules très confluents. Mais comme

danimici vais la t pare M le d

exa

de I

et d

phé l'ap S tion l'inf M

et d

cen

d'ar

des enc U hon par éléj arri apla

ulce

50 plo

ple rap con org méi

foie

aus

lem la d mid his

> cén d'a

dans cette forme la tuméfaction ultérieure est due à des hémorrhagies microscopiques, qu'il y a par conséquent une grande fragilité des petits vaisseaux, Kaposi pense qu'ici l'affection vasculaire existe d'abord et que la tuméfaction et l'induration sont dues à un dépôt fibrineux dans le parenchyme.

Malgré cette déviation des symptômes morbides des pieds et des mains le diagnostic de sarcome pigmentaire multiple idiopathique était néanmoins exact, c'est ce qui résultait déjà à ce moment de la présence de papules et de nodosités caractéristiques sur les oreilles, les paupières du côté gauche et d'une plaque, avec atrophie cicatricielle au centre, sur la fesse gauche, phénomènes qui ne s'observent d'ordinaire il est vrai que plus tard, après l'apparition de nombreux nodules sur les mains et les pieds.

Sous l'influence du traitement, il y a eu une diminution de la tuméfaction et de la sensibilité douloureuse des mains et des pieds ainsi que de l'infiltration des paupières.

Mais dans les dernières semaines il est survenu un grand nombre de foyers nouveaux sur la fesse droite et les membres sous forme de disques et de cercles irréguliers, plats, rouge bleu (hémorrhagique), de plusieurs centimètres de large ou d'un rouge vif avec légère infiltration et sous forme d'amas et cercles noueux plus petits, isolés et en plaques. L'explication des particularités du début et de la marche de ce processus morbide est encore à trouver.

Un deuxième type, le sarcome mélanique vrai, s'observe chez un homme de 51 ans, chez lequel la maladie aurait débuté il y a trois ans par une tuméfaction du membre inférieur gauche. Il est le siège d'un éléphantiasis des Arabes, moins développé sur le membre droit, et arrivant jusque vers le bassin; sur le genou gauche, nombreux nodules aplatis et globulaires, rouge brun, durs (qui ont été précédemment ulcérés), et au pourtour, ainsi que sur les cuisses, des deux côtés, plus de 50 papules dures, bleu noir, dont la grosseur varie de celle d'un grain de plomb à celle d'un pois.

Cette forme a fréquemment pour point de dèpart un nævus, par exemple d'un orteil, dégénéré en sarcome mélanique ou extirpé, il s'étend rapidement à toute la peau en suivant les vaisseaux lymphatiques et, comme le montrent les autopsies, on le rencontre dans le bassin et d'autres organes internes. Souvent aussi cette affection apparaît sur la peau comme métastase de sarcomes viscéraux primitifs.

C'est ainsi que, l'an dernier, Kaposi a vu un homme chez lequel les premiers nodules cutanés s'étaient montrés en mai ; en même temps le foie était déjà transformé en une tumeur volumineuse, bosselée ; il y avait aussi des symptômes d'une affection identique du côté de l'intestin. La mort eut lieu au bout de quelques mois. Dans le cas actuel, il devait également y avoir des tumeurs dans le petit bassin, lesquelles sont peut-être la cause de l'éléphantiasis des Arabes du côté gauche.

Une femme de 76 ans représente un troisième type de sarcomatose dermique; c'est le moins nettement délimité au point de vue anatomique et histologique, car ses rapports avec certains états constitutionnels, la leucémie et la pseudo-leucémie, ont été affirmés par les uns et niés par d'autres.

Kaposi présente deux cas observés en 1890-91, et montre un dessin les concernant. Il s'agit de deux hommes dont le tronc et les membres étaient envahis par une centaine de taches rouge bleu, planes ou légèrement saillantes, de la dimension de l'ongle et au delà; au toucher, on sentait des nodules qui latéralement n'étaient pas nettement limités, rénitents, de forme globulaire aplatie et pénétraient dans la profondeur du derme et dans le pannicule. Chez l'un de ces malades, les nodules étaient très douloureux et le rendaient impotent; chez l'autre, ils n'étaient que sensibles à la pression. Chez ce dernier, ils s'étaient développés sous nos yeux en quelques mois; chez le premier, ils dataient d'un an ou deux. Les deux malades furent guéris en 3 ou 4 mois par un traitement arsenical méthodique, les nodules disparurent complètement.

Sur la femme dont il vient d'être question, la maladie remonterait à 3 ou 4 ans, on voit aujourd'hui, comme il y a trois mois à son entrée à l'hôpital. à peu près 100 tumeurs sur les deux épaules, en avant et en arrière, sur la région claviculaire et la partie supérieure du thorax, ainsi que sur l'omoplate. Les nodules sont durs, élastiques, leur grosseur varie de celle d'un pois à celle d'une noix, ils forment une saillie hémisphérique, les plus petits sont rouge vif, les plus gros ont une coloration allant jusqu'au rouge bleu foncé, leur surface est lisse, brillante, ils sont un peu douloureux à la pression. Il existe en outre des plaques larges, comme le creux de la main, en forme de gâteau plat; ces plaques présentent une dépression centrale, les bords sont entaillés, de telle sorte qu'elles ressemblent à celles du mycosis fongoïde. Il y a à peu près autant de nodules dispersés sur la région dorsale et sacrée, le thorax et l'abdomen, quelques-uns aussi sur les membres. Ce ne sont en somme que des degrés plus élevés des lésions présentées par les deux hommes dont il est question ci-dessus. Comme ceux-ci ont été guéris complètement par le traitement arsenical, on l'a essayé ici. Après 6 à 8 injections d'arséniate de soude, la plupart des nodules se sont aplatis et rétractés de la moitié ou des deux tiers, de telle sorte qu'on pouvait presque soulever par-dessus la partie supérieure du derme. Mais depuis la plupart des nodules ont de nouveau augmenté de volume malgré la continuation du traitement arsenical.

Il est à remarquer que, depuis la communication de Köbner, on a publié un grand nombre de cas analogues, et beaucoup guéris par l'arsenic, entre autres celui décrit par Touton. Mais une partie de ces cas ont eu une terminaison fatale.

Le caractère histologique et la place pathologique de cette variété de sarcomatose sont encore indécis. Ainsi que l'a reconnu le professeur Paltauf, le tableau microscopique ressemble beaucoup à celui d'un sarcome à cellules rondes, mais cependant pas complètement non plus qu'à celui des tumeurs leucémiques de la peau. Et pourtant d'autres auteurs l'ont rangée parmi les sarcomes à cellules rondes et fusiformes, parmi les lympho-sarcomes. Dans une partie des cas on a constaté la leucémie, dans une autre la pseudo-leucémie, dans d'autres, rien de ce genre. Chez notre malade le sang était normal, ainsi que dans les deux cas cités précédemment. Il en est ici sous ce rapport comme dans le mycosis fongoïde et la lymphodermie pernicieuse de Kaposi, où on a observé parfois la leucémie, d'autrefois non. Dans tous les cas ce n'est qu'à la suite de nouvelles observa-

et il des to ces v. M.

form
()n ret le
nom
ordr
prop
M
logi

mul mat s'er dén

> il il m re d

lo

j

XUM

tions et d'examens minutieux du sang qu'on arrivera à élucider ces points et il est possible, comme le croit Kaposi, que l'on trouve des analogies et des transitions entre ces formes. En attendant il est d'avis de laisser à ces variétés de dermatoses le nom de « sarcomatoses ».

M. Kundrat croit que Kaposi ferait bien d'étendre aux deux premières formes les considérations et réserves qu'il a formulées pour la dernière. On ne peut pas les regarder comme de la sarcomatose cutanée typique, et les désigner provisoirement ainsi, puisque Kaposi leur a donné ce nom, mais il doit rester entendu que ces lésions ne sont pas du même ordre que d'autres néoplasmes, par exemple que le sarcome pigmentaire

proprement dit, etc.

M. Kaposi est du même avis que M. Kundrat, il a dit que la place pathologique et histologique des dernières formes décrites de sarcomatose cutanée était peu nette, ainsi que celle de son sarcome pigmentaire multiple idiopathique. En attendant que l'anatomie pathologique et l'hématologie aient fourni les éclaircissements définitifs, il croit que, pour s'entendre au point de vue clinique, il est préférable de conserver la dénomination adoptée.

A. Dovon.

# SOCIÉTÉ VIENNOISE DE DERMATOLOGIE

SÉANCE DU 6 MARS 1892

#### Cas d'actinomycose.

M. Kaposi présente un homme atteint d'actinomycose de la bouche, venant de la clinique du professeur Albert. Cette lésion a beaucoup d'analogie avec la scrofulodermie.

Ce cas concerne un garçon de 18 ans. Depuis l'âge de 5 ans jusqu'à il y a 8 ans il a eu chaque année de la furonculose. Depuis l'âge de 15 ans il est palfrenier. Il y a 7 mois il se fit arracher une dent cariée et deux mois environ après il remarqua à la face interne de la joue, au point correspondant à la dent extraite, une tumeur du volume d'une noisette,

dure, non douloureuse au début, plus tard un peu sensible.

En janvier, tuméfaction de toute la joue qui était, dit-il, très dure au toucher et indolore. Depuis février, quelques nodosités proéminentes et dures au niveau de la joue, lesquelles se ramollissent peu à peu. Les chevaux et le bétail avec lesquelles ce malade était en contact étaient toujours sains. État actuel. Garçon bien portant et d'aspect robuste. Au niveau de la région sous-maxillaire droite, tumeur de 9 centim. de long sur 8 de large, mamelonnée, fluctuante, dont la surface est rouge livide. La peau est amincie et en desquamation, en quelques points tout à fait sèche. Cet amincissement de la peau est si marqué en certains points qu'on aperçoit le pus sous-jacent. Aux limites supérieure et postérieure, quelques petits abcès isolés dont la peau a subi les mêmes modifications. Tout autour de la partie malade on sent une infiltration dure, indolore, circonscrite, sur l'étendue d'un centimètre. La partie malade dépasse d'un centimètre le rebord de la mâchoire inférieure. Par le toucher buccal

on constate dans la joue de nombreuses nodosités. Au point où, selon le malade, l'infection aurait commencé, il existe une proéminence dure, renslée. La muqueuse qui la recouvre est intacte. Toute la masse de la tumeur est indolore et difficilement mobile. Les muqueuses buccale et pharyngienne, ainsi que le point où la dent a été extraite, sont tout à fait à l'état normal. Pas d'épaississement des os du maxillaire, ni dents cariées, ni constriction des maxillaires. Les ganglions lymphatiques régionnaires ne sont pas engorgés. Sur le renslement longitudinal, il y a çà et là une perforation de la dimension d'une tête d'épingle. La tumeur molle, fluctuante, à surface pâle, rouge seulement en quelques points, sa localisation feraient porter le diagnostic de scrofuloderme ou bien d'abcès mou inflammatoire, comme on l'observe si fréquemment dans le lupus des joues. Toutefois on ne trouve nulle part dans le voisinage immé. diat de la partie malade les plus légères traces d'un lupus antérieur, de périostite ou d'engorgement ganglionnaire. On a donc affaire ici à un cas d'actinomycose. L'examen microscopique a permis de reconnaître des foyers parasitaires, spores et mycéliums; en même temps dans le tissu récemment raclé et le sang on a trouvé les granulations jaunàtres, c'està-dire les actinomyces, déjà visibles macroscopiquement.

M. Lukasiewicz dit que dans les quatre dernières années, on a observé à la clinique d'Albert plus de 50 cas d'actinomycose, parmi lesquels

3 n affectaient que la peau.

M. Ehrmann n'a vu, jusqu'à présent, qu'un seul cas d'actinomycose. Le malade actuel présente l'aspect particulier que forment les bourrelets longitudinaux avec les sillons intermédiaires; ce sont des tumeurs allongées, analogues aux circonvolutions cérébrales, avec dépressions intermédiaires; ce n'est pas là le tableau typique de l'actinomycose, cela tient sans doute à ce que le champignon prolifere entre les fibres des muscles de la face et provoque des infiltrations longitudinales.

M. Horowitz pense qu'on a observé, outre des tumeurs solitaires, allongées, d'autres tumeurs sphériques plus petites, et du volume du poing telles qu'elles surviennent dans les suppurations osseuses. Dans un cas qu'il a eu l'occasion de voir, il survint un abcès sous-phrénique, de la périostite des dernières côtes avec tistules; antérieurement, il existait un abcès d'environ la grosseur du poing, le long de plusieurs côtes, et après l'incision, il s'écoula une quantité considérable de pus. En raison de l'absence d'un tableau typique, le diagnostic ne put être fait qu'assez tardivement.

M. Kaposi dit avoir fait remarquer que les renflements longitudinaux sont caractéristiques, et croit que peut-être, dans le cas actuel, la présence de tumeurs, en l'absence d'autres causes ayant provoqué l'apparition des phénomènes inflammatoires, pourrait faire penser à l'actinomycose. Il serait peut-être possible, en raison du ramoltissement très inégal des foyers actinomycosiques, qu'il se fût formé ici, d'après les lois de la pesanteur, des dépressions purulentes, d'où, par conséquent, la forme allongée des abcès. Il cite un cas d'actinomycose dans lequel il était survenu, sur la peau du scrotum, une gangrene considérable, le processus s'étendait sur l'abdomen, presque jusqu'au nombril; il y avait, en même temps, une infiltration dure, tout à fait uniforme et diffuse. Mais fait digne

de re mala

M. plaq du p blan

> niqu dou cœi des

> > 1

bo

M

en div da do ép

D se li l' u

ré

de remarque, le traitement de Koch amena la disparition complète de la maladie.

#### Eczéma.

M. NEUMANN présente un enfant de 6 ans, eczémateux, présentant une plaque gangreneuse et ulcérée sur la couronne du gland. Sur la face interne du prépuce, deux plaques semi-lenticulaires, recouvertes d'une membrane blanc grisâtre très adhérente.

#### Érythème multiforme.

M. Neumann présente une femme qui, au moment de son entrée à la Clinique, présentait : à la face, un érythème multiforme; sur les membres inférieurs, notamment aux jambes, des nodosités à coloration variable, mais non douloureuses, comme dans l'érythème noueux. Pas de suppuration, rien au cœur. Ce qu'il y a d'intéressant, c'est la localisation à la face et la couleur des foyers.

## Épithéliome de la langue.

M. NEUMANN présente un homme avec épithéliome de la langue. Sur le bord lingual droit, ulcère de l'étendue d'une pièce de deux francs, avec enduit très adhérent, rebord dur, inégal, dentelé; le voile du palais est divisé, mais cette lésion est congénitale. Pas de symptômes syphilitiques dans la cavité buccale; notamment pas de psoriasis de la muqueuse; c'est donc un cas dans lequel la différence entre une gomme suppurée et un épithéliome est très nette. Le diagnostic d'épithéliome est évident.

M. KAPOSI est d'avis de faire un examen histologique ; pour le diagnostic

différentiel, il propose le traitement spécifique.

M. Neumann considère le diagnostic comme certain. Les gommes suppurées, surtout chez les personnes âgées qui négligent les soins de propreté, s'accompagnent presque toujours de psoriasis de la muqueuse buccale. De plus, le bord n'est pas décollé, mais dur et proéminent; en outre, la sensibilité est trop accusée pour une gomme. Le malade n'a pas eu la syphilis. Dans les cas de ce genre, un délai de quelques mois pourrait rendre l'intervention opératoire plus grave. Il a observé, il y a quelques années, un cas semblable, 16 frictions furent faites sans succès, on fit alors une opération; le plancher buccal était déjà infiltré. Néanmoins, il fera une tentative avec l'iodure de potassium et des applications locales d'iodoforme.

#### Herpès zoster.

M. Ehrmann présente un homme atteint d'herpès zoster situé sur le trajet du premier rameau gauche du trijumeau. Cet herpès, au début, envahit la sphère du nerf ethmoïdal. Ce cas concorde avec celui qu'il a montré au congrès de Prague, et auquel succéda une anesthésie complète. Ici l'anesthésie est très marquée. La conjonctive était aussi atteinte, elle est aujourd'hui normale. It est convaincu que le processus est une névrite, car les paresthésies sont évidentes dans les parties anesthésiées. Depuis environ dix jours, le malade souffre de prurit presque toute la nuit et une grande partie du jour. Cette paresthésie survient, comme on le sait, dans les nerfs à la période de réparation.

M. Kapos a constaté que la première branche du trijumeau dans l'herpès zoster est de beaucoup celle qui est le siège des troubles les plus intenses; parmi les formes gangréneuses du zoster s'observe le plus fréquemment, souvent aussi il n'y a qu'une seule plaque de gangrène, de sorte qu'un médecin peu expérimenté ne pense pas au zoster, ce qui permet de conclure que la névrite, qui est le fond de la maladie, ou l'affection des ganglions pourraient avoir atteint le plus haut degré d'intensité.

#### Sycosis.

M. Ehrmann présente un homme atteint de sycosis. Il y a 2 ans, il a démontré qu'à l'anode les matières colorantes de l'aniline pénètrent dans la peau S'appuyant sur les recherches faites dans ces dernières années sur la pyoctanine et autres matières colorantes d'aniline comme agents microbicides, il les a employées dans le traitement du sycosis avec un très grand succès. Les électrodes dont il se sert sont assez simples : un verre dans lequel plonge une lame de zinc munie d'une poignée de bois d'où part le cordon pour le courant. On remplit le verre avec de l'ouate de Bruns et une solution à 1 0/00 de violet de gentiane ou de bleu de méthyle, qu'on applique sur la peau. Sur les régions ainsi traitées on voit le follicule d'autant plus coloré que la couche cornée superficielle se détache. On tient l'autre électrode dans la main. L'orateur croit que le bleu de méthyle agit mieux que le violet de gentiane. C'est du reste conforme aux expériences de Mosetig.

## Recherches expérimentales sur l'innervation de la vessie.

M. v. Zeissi communique le résultat de ses recherches expérimentales sur l'innervation de la vessie.

#### SÉANCE DU 27 AVRIL 1892.

#### Sycosis.

M. Ehrmann présente un malade atteint de sycosis qu'il a traité par la cataphorèse de bleu d'aniline. L'infiltrat existe encore en quelques points, dans d'autres il est résorbé, les orifices des follicules pileux sont colorés en bleu. Pour la cataphorèse le malade était entièrement rasé, les poils qui ont actuellement repoussé ont pour la plupart une teinte bleuâtre. L'électrode qu'il a employé est muni d'une cloche en verre remplie jusqu'audessus du bord d'ouate de Bruns, sur laquelle on a versé goutte à goutte une solution de bleu de méthyle 1/500; le tout est solidement appliqué. La force du courant était de 20 M. A.

#### Nouvel appareil d'éclairage pour l'urèthre.

M. Lang présente un appareil d'éclairage pour l'urethre. Cet appareil se distingue par sa légèreté et il donne une lumière constante et sûre. Le contact avec la batterie a lieu au moyen d'un bracelet qui entoure la main, avec un seul doigt on peut faire tourner l'appareil.

Il est constitué par un simple prisme au-devant duquel est placée une lentille, la lumière d'une lampe incandescente se réfléchit dans le tube.

## Traitement de la blennorrhagie à l'aide des anthrophores.

M. Lanc fait les remarques suivantes à propos des anthrophores qu'on emploie dans le traitement de la blennorrhagie. Il ne sert actuellement de simples drains en caoutchouc recouverts d'une masse gélatineuse contenant différentes préparations, zinc, tanin, bismuth, etc. Ces tubes sont très bon marché et d'une application plus facile que les anthrophores.

M. Paschkis fait observer que cette méthode n'est pas nouvelle; seulement on employait autrefois des sondes rigides. Avec les anthrophores qu'il utilise depuis longtemps la couche gélatineuse ou médicamenteuse a de 1 à 2 millimètres d'épaisseur et la masse remplit assez exactement le canal de l'urèthre; on a ainsi en même temps l'avantage d'un traitement mécanique de l'uréthrite, car on déplisse en même temps les plis de l'urèthre. L'inconvénient des bougies gélatineuses tient à ce que la glycérine qui entre dans la constitution de la masse irrite le canal. Cet inconvénient existe d'ailleurs aussi pour les anthrophores.

M. GRÜNFELD n'a pas employé très souvent les anthrophores, mais il a vu à plusieurs reprises qu'ils peuvent blesser l'urèthre; dans les points cautérisés il se produit de petits ulcères d'aspect caractéristique. Il se rappelle un malade, atteint, disait on, d'un chancre induré de l'urèthre, chez lequel l'orateur trouva un fragment d'anthrophore de 1/2 à 2 centim. de longueur, il était depuis environ 3 semaines dans l'urèthre.

M. Horowitz emploie souvent les anthrophores. Au début ils laissaient à désirer, actuellement ils sont flexibles et ne se cassent pas. Mais il arrive que l'extrémité de l'anthrophore n'est pas toujours exactement recouverte par la masse gélatineuse et qu'un morceau du fil fait saillie.

#### Carcinome de la langue.

M. Neumann rappelle le cas de carcinome de la langue qu'il a montré dans la séance précédente. L'iodure de potassium n'a pas donné de résultat, l'examen microscopique a confirmé la justesse du diagnostic. Λ propos de la discussion sur l'origine des cellules géantes, il faisait remarquer que dans les formes miliaires, pustuleuses et tuberculeuses de la syphilis il a trouvé des cellules géantes dans les phases récentes de la maladie, pour les premières dans les follicules pileux, pour les dernières ainsi que pour les gommes, dans les couches supérieures du corps papillaire, sans aucune connexion avec les follicules pileux.

#### Psoriasis.

M. Neumann présente un homme atteint de psoriasis. La peau offre de nombreuses colorations différentes, aux jambes des teintes gris ardoisé de forme irrégulière, de la dimension d'une pièce de 5 francs en argent à celle de la paume de la main, d'autres rouge bleuatre diffus, limitées à la périphérie en gyries. La peau de l'abdomen est rouge bleu diffus ainsi que celle du dos; dans la région lombaire et sur la moitié inférieure du thorax et de l'abdomen, efflorescences confluentes de la grosseur d'un grain de mil avec croûtes très adhérentes. Les orteils et les doigts très épaissis, recouverts de croûtes circonscrites disséminées, ongles déformés. L'ongle

du petit doigt manque complètement, les autres ongles sont recourbés, entaillés sur leur bord libre, friables; le lit de l'ongle est à nu, rouge. L'ongle se détache facilement, sa surface est rugueuse. Le cuir chevelu est recouvert de croûtes et de squames de forme lenticulaire, assez adhérentes, de la dimension d'une pièce de 50 cent.; la peau sous-jacente est unie et exceriée.

Ce malade a été traité par Schwimmer avec l'arsenic et la pommade pyrogallique. Comme dans toutes les dermatoses déjà traitées le diagnostic est difficile. Les efflorescences de l'abdomen ressemblent à l'acné des cachectiques ; le cuir chevelu et les ongles ont le même aspect que dans le psoriasis. Il s'agit d'un psoriasis généralisé et d'un eczéma artificiel consécutif à l'emploi de l'acide pyrogallique.

## Syphilide ulcéreuse du voile du palais.

M. Neumann présente un homme atteint de syphilide ulcéreuse du voile du palais. Cette partie est mamelonnée, dure, infiltrée; à la périphérie plusieurs ulcères serpigineux peu saillants. Cette variété de syphilis tertiaire est rare. Ce malade a eu la syphilis il y a 3 ans, il a été traité dans différentes villes d'Europe: 50 frictions, 40 injections de sublimé et 3 de calomel.

#### Psoriasis généralisé.

M. Kaposi présente une femme, de bonne condition, ayant une rougeur généralisée de la peau; elle est malade depuis près d'un an et a été traitée jusqu'à présent sans succès. Lorsque l'orateur vit cette malade pour la première 10 is, tout son corps était le siège d'une rougeur uniforme, la peau tuméfiée avec fine desquamation, les membres tléchis, prurit intense occasionnant une insomnie complète, toute la peau à partir de la région cervicale était œdémateuse. On fit immédiatement le diagnostié de psoriasis généralisé et un traitement approprié. Kaposi a vu des malades à plusieurs reprises pendant 10 à 20 ans, tantôt dans les phases variables d'un psoriasis modéré, tantôt dans un état très grave qui de nouveau s'améliorait. Il se produisait dans ces cas des symptômes analogues à ceux de la dermatite généralisée, par exemple une fois un râle qui dura 8 jours et fit croire à une mort prochaine. Dans bon nombre de circonstances les malades entraient dans un état d'excitation physique effrayant, s'agitaient comme des possédés, etc.

Dans ces cas il traite d'abord les membres pour faire contracter les vaisseaux fortement distendus et parésiés du corps papillaire, il obtient ce résultat tantôt par des enveloppements froids, tantôt par de simples bandages compressifs, ce dernier moyen est préférable. Si la température de la peau n'est pas très élevée, il applique un emplàtre simple maintenu par un bandage, et par ce procédé non seulement les squames sont macérées, mais encore la compression des vaisseaux augmente leur tonicité naturelle. Au bout de 8 à 10 jours on commence le traitement antipsoriasique. Quand dans l'intervalle on a traité le tronc avec des pommades indifférentes telles que des compresses humides, la pommade boriquée ou le glycérolé d'amidon et qu'on a ainsi amélioré l'état des membres on

1

(

li

li

ti

commence le traitement du psoriasis du tronc. Avec cette méthode on évite le danger qui peut résulter de l'emploi prématuré de la chrysarobine ou du goudron, les néphrites éventuelles qui ressemblent aux phénomènes consécutifs à des brûlures ou à ceux qui peuvent même survenir après l'emploi de l'huile de foie de morue. Le cas actuel a été traité de la même manière et le succès a été satisfaisant.

#### Éléphantiasis des Arabes.

M. Kaposi présente une femme de 70 ans atteinte d'éléphantiasis des Arabes; les membres inférieurs, l'abdomen et les membres supérieurs sont si volumineux que quatre hommes sont nécessaires rien que pour retourner cette malade.

#### SÉANCE DU 11 MAI 1892

#### Herpès zoster de la jambe droite.

M. Schiff présente un enfant de 5 ans atteint d'herpès zoster du membre inférieur droit; les efflorescences anciennes sont localisées à la face interne de la cuisse le long du nerf saphène. Cette affection est en général rare dans l'enfance; au premier moment on pouvait croire qu'il s'agissait d'un eczéma aigu vésiculeux en raison de la quantité et de la confluence des groupes.

M. Kaposi fait remarquer que c'est une époque de l'année où le zoster apparaît fréquemment, il en a vu hier trois cas; on aurait de nouveau

affaire à une épidémie de zoster.

#### Ulcère vénérien avec lymphangite du dos de la verge.

M. Grimm présente un homme atteint d'ulcère vénérien avec lymphangite consécutive suppurée du dos de la verge, laquelle s'est abcédée en deux points en formant un ulcère.

#### Lichen ruber acuminé.

M. Neumann présente une fille atteinte probablement d'un lichen ruber acuminé. Sur la peau, nombreuses papules brunes du volume d'un grain de mil, squameuses, la plupart isolées, à la face interne de la jambe plutôt groupées, sur l'abdomen isolées, en grand nombre sur les fesses et la région lombaire. Il faut donc penser à un lichen ruber acuminé ou à un lichen pilaire avec ichthyose simple ou encore à un lichen syphilitique. Cette fille a bien une ichthyose simple, c'est-à-dire les surfaces polygonales avec squames, à la jambe. La distribution des squames est en faveur du lichen; les symptômes indiqueraient surtout un lichen ruber acuminé, mais qui n'aurait pas l'aspect caractéristique. Sur le thorax et l'abdomen syphilide maculeuse, sur les organes génitaux papules humides. L'affection existe depuis 10 à 11 semaines.

On peut se demander si le lichen n'est pas en connexion avec la syphilis; cependant on ne trouve pas la coloration rouge brun ni le groupement caractéristique, ni la suppuration au centre comme dans le lichen syphilitique. La syphilis et l'ichthyose sont évidentes; l'avenir dira s'il y a ou non

un lichen ruber.

## Lichen syphilitique.

M. Neumann présente une femme atteinte de lichen syphilitique où la coloration rouge brun caractéristique fait également défaut. Les efflorescences sont groupées. La localisation n'est pas celle qu'on observe d'ordinaire. Le volume des papules et leur localisation ne sont nullement ceux du lichen des scrofuleux.

M. Hebra a vu il y a quelques jours un malade qu'il croyait atteint de syphilis quoique les symptômes se distinguassent notablement de ceux d'une syphilis ordinaire. Tandis qu'habituellement dans la syphilide pustuleuse la marche est délavorable, it ne survient dans ces cas pas d'ulcères, mais des pustules ordinaires, analogues à des pustules d'acné, qui se dessèchent en laissant une petite squame; lorsque cette dernière se détache il y a une légère dépression mais pas de cicatrice proprement dite; cet état constitue la différence d'avec les syphilides pustuleuses ordinaires. Il croit donc qu'il y a également ici une syphilide pustuleuse mais dont les pustules sont encore peu nombreuses. La localisation sur les membres est remarquable, le lichen des scrofuleux se manifestant d'ordinaire beaucoup plus fréquemment sur le tronc.

M. Lang croit à un lichen syphilitique mais à localisation exceptionnelle.

M. Neumann. — Les difficultés du diagnostic tiennent aux causes suivantes: l'ichthyose, les cellules épidermiques kératinisées compactes altèrent dans ce cas le tableau clinique; les exsudats peuvent ne pas soulever une couche épidermique aussi épaisse, par conséquent on ne trouve pas la couleur caractéristique des efflorescences. Il ne rejette pas l'hypothèse de syphilis. Dans 15 jours le diagnostic pourra sans doute être plus précis. Il n'y a pas ici de syphilide pustuleuse, ce n'est que de la masse de l'exsudat dont il faut tenir compte. attendu qu'avec un exsudat léger on a un lichen, avec un exsudat plus abondant une syphilide pustuleuse.

#### Du traitement préventif de la syphilis.

M. Neumann présente un homme qui a été soumis à un traitement préventif de la syphilis. Il se rappelle un jeune homme dans les meilleures conditions chez lequel on prescrivit la cure préventive : extirpation de la sclérose, 40 frictions, décoction de Zittmann; le malade n'eut qu'au 4e mois une syphilide maculeuse de forme exceptionnelle, taches rouge livide de la dimension d'une pièce de 5 francs en argent sur le front et les poignets, amaigrissement, périostite au niveau des deux tibias, iritis. Chez un autre malade ayant suivi le même traitement, il survint dans la 9° semaine de l'affection une syphilide maculeuse, dans la 3° année des gommes sur la paroi postérieure du pharynx. Touteiois il y a des malades qui après plusieurs années n'ont pas présenté de syphilis. Le malade actuel était dans le service de l'orateur en 1886, il était alors dans la 5° semaine de la maladie; il fit 25 frictions et au bout de quelque temps 16 autres frictions et prit de l'iodure de potassium. Depuis lors it l a vu 2 fois, une première fois deux plis de l'anus étaient tuméfiés et il y avait une plaque sur l'amygdale droite. Dans l'intervalle il eut un enfant qui a actuellement 3 ans 1/2, pas de symptômes de syphilis. Parmi tous les malades soumis au traitement préventif l'orateur en a jusqu'à présent 5 chez lesquels ce traitement a bien réussi. De ces cures préventives il résulte que l'action intensive de la friction mercurielle est toujours le meilleur remède.

#### Psoriasis généralisé.

M. Kaposi présente : 1º de nouveau la femme atteinte de psoriasis généralisé. Le traitement qu'il avait indiqué dans la précédente séance a donné d'excellents résultats.

2º Un jeune homme atteint d'eczéma qui s'est greffé sur un psoriasis aux deux avant-bras. On discute beaucoup depuis les travaux de Jamieson et d'Auspitz pour savoir s'il faut ranger le psoriasis dans les processus inflammatoires ou parmi ceux qui se passent essentiellement dans l'épiderme. Diverses publications parues dans ces derniers temps ont appuyé la manière de voir de l'orateur. Il peut toujours exister une inflammation et le tableau clinique être pourtant différent. Suivant la prédominance de l'un ou de l'autre des symptômes importants de l'inflammation, un autre aspect se produit. Ainsi le processus inflammatoire qui forme la base du psoriasis détermine de l'hyperplasie épidermique et de la desquamation, tandis que l'inflammation qui est le point de départ de l'eczéma se traduit de préférence par un exsudat séreux. Cette différence des eflets de l'inflammation apparaît donc principalement dans le psoriasis. On peut surtout le voir quand, sur un psoriasis, il survient une dermatite superficielle consécutivement à une irritation.

Bon nombre de psoriasiques ont de l'eczéma à propos des applications les plus indifférentes, huile de foie de morue, onguent simple, ichthyol; ces cas sont les plus difficiles à traiter. D'autres, surtout les enfants, ont après de l'huile de foie de morue des milliers de pustules, des folliculites, l'état du malade est le même qu'après une brûlure, fièvre jusqu'à 41°. Dans d'autres cas, l'orateur a vu chez des adultes des symptômes très nets semblables à des échaudures de l'épiderme, au point qu'il y avait danger pour la vie; ceci peut-être en partie individuel. Le malade a de l'eczéma avec n'importe quel traitement, son état s'améliore avec la liqueur de Burow, des remèdes antipsoriasiques et la compression; avec n'importe quel traitement il survient des milliers de vésicules sur les avant-bras, tandis que la malade supporte très bien les remèdes habituels sur les autres points psoriasiques.

M. Neumann. — On n'est pas encore d'accord sur la question de savoir si le psoriasis est d'origine épidermique ou si les processus se déroulent dans le derme. Il a dit, il y a déjà longtemps, contrairement à l'opinion qui avait cours alors, que le psoriasis était un procussus légèrement inflammatoire du corps papillaire; dans la partie supérieure du derme on voit nettement les cellules d'exsudat, la prolifération épidermique n'est que secondaire. C'était aussi l'opinion de Hebra. Il faut chercher à résoudre la question en se plaçant aussi au point de vue clinique.

Si quelqu'un est prédisposé au psoriasis, l'éruption se produit dans les points où il y avait antérieurement de l'hyperhémie, où agissent la pression ou un traumatisme, où il existe de l'eczéma. Chez un confrère atteint d'un eczéma humide rebelle de tout le cuir chevelu il se produisit un psoriasis intercurrent. Il faut donc chercher dans le derme l'origine; dans les points où les éléments nutritifs sont amenés en grande quantité, il peut survenir une prolifération de l'épiderme.

M. Hebra remarque que, sur les parties psoriasiques, il est survenu récemment une maladie inflammatoire qui, en opposition au psoriasis, détermine de l'exsudation.

Ce qu'on observe actuellement dans ce cas n'est pas du psoriasis, les symptômes inflammatoires sont rares dans cette affection. On ne saurait conclure de ce fait que le psoriasis est une maladie inflammatoire. Selon lui il faudrait rapporter les symptômes à la vulnérabilité et à l'irritabilité différente des divers individus.

M. Kaposi. — Pour ceux qui regardent le psoriasis comme un processus inflammatoire, les phénomènes se présentent comme tels. Il voudrait seulement appeler l'attention sur la manière différente dont se manifeste l'inflammation, elle se traduit tantôt par des squames, tantôt par de la sérosité.

Le même orateur présente un homme atteint de lichen ruben plan. Si on l'examine très attentivement on aura l'impression d'un psoriasis en voie de guérison. La peau au niveau des genoux, des jambes et de la surface de flexion des bras est dure et saine, en bon nombre de points squames brillantes comme de l'argent, sur le tronc, principalement dans la région hypogastrique, larges plaques rouges et pigmentations étendues; la peau des membres dans le sens de l'extension est normale, çà et là squames blanches épaisses. Un examen plus attentif permet de se convaincre qu'il s'agit d'un lichen ruber en voie de guérison. Le malade n'a que deux papules sur tout le tronc, ce sont des papules tout à fait récentes, d'ordinaire elles sont, les unes disséminées, les autres enfoncées en petites plaques représentant des dépressions les unes rouges vif et en desquamation, les autres brun sépia, atrophiées, principalement sur le dos et les côtés du thorax, tandis que sur le tronc et les membres il n'y a que des pigmentations plus ou moins étendues.

La solide adhérence des grosses squames blanches est parfois pour les praticiens un signe décisif, car dans le psoriasis les squames se détachent facilement.

#### Pemphigus circiné.

M. Kaposi présente une femme atteinte de pemphigus circiné avec pigmentations très étendues, foncées, espacées, limitées par un liséré circiné formé de croûtelles molles, jaunâtres, s'émiettant facilement, imbibées de sérosité; en d'autres régions efflorescences aplaties; 2° un homme atteint de lupus érythémateux qui paraît avoir débuté sur la lèvre, on l'avait pris pour du carcinome. Actuellement il existe sur le nez un lupus érythémateux caractéristique de date évidemment plus récente.

## Acné varioliforme.

M. Kaposi présente un homme affecté d'acné varioliforme du cuir chevelu et du front. Les auteurs français ont récemment combattu la possibilité

de la transformation de l'acné séborrhéique d'Hebra en lupus érythémateux. Cliniquement et histologiquement tous les auteurs ont insistéplus ou moins sur la maladie des glandes sébacées dans les deux affections. La lésion folliculaire qui cliniquement se traduit comme séborrhée, dans laquelle l'épiderme est atteint de dégénérescence graisseuse et s'exfolie en masse, peut de différents côtés dégénérer et provoquer tantôt un processus clinique, tantôt un autre. Dans la région sternale où bon nombre d'hommes ont tout à la fois de la séborrhée, de l'herpès tonsurant et du pityriasis versicolore, cette même combinaison existe chez ce malade, de plus il a de la séborrhée typique, comme dans le lichen des scrofuleux, entre les deux épaules, des squamules épidermiques graisseuses, çà et là une petite papule folliculaire. Sur le front, de l'acné varioliforme, mais pas aussi nette que dans des cas typiques; sur beaucoup de papules pas de dépression, sur d'autres il en existe; partout ailleurs les papules recouvertes et bouchées avec du sébum. Cet homme a eu il y a quelques semaines un eczéma typique des bras.

#### Eczéma.

M. Kaposi présente un homme avec un eczéma intense d'une forme spéciale dans la région du membre inférieur droit, un peu épaissi in toto. Quand un malade a un processus morbide qui dure des années et occasionne du prurit, illui survient de l'eczéma surtout sur la région affectée. Ces eczémas sont particulièrement caractéristiques, attendu que, à certaines époques, quelque intenses que soient ces eczémas, ils sont nettement circonscrits, récidivent en effet fréquemment et disparaissent en partie. Par ces récidives et ces régressions l'eczéma se borne aux centres qui présentent alors des plaques bien circonscrites, tandis que d'autres eczémas se confondent par de légères disséminations avec les parties saines environnantes.

Le plus ordinairement on rencontre ces eczémas des membres inférieurs avec les deux maladies qui existent depuis l'enfance et provoquent du prurit, le prurigo et l'ichthyose, mais alors aux deux membres inférieurs. Un eczéma de ce genre nettement circonscrit à un membre inférieur, comme dans le cas actuel avec épaississement éléphantiasique de la peau et des os, n'est déterminé habituellement que par des causes locales, par exemple cal osseux,varices, certaines professions, il en est ainsi pour les menuisiers qui s'appuient toujours fortement sur leur jambe gauche en travaillant. La partie antérieure et supérieure de la cuisse gauche présente des poils cassés par le grattage, mais pas de papules de prurigo; toutefois en raison de ce symptôme, il faut admettre l'existence d'un prurigo mitis. Ce malade est marchand, sa profession n'a rien à voir dans son eczéma. Il a de l'hyperidrose de la plante du pied. C'est donc un eczéma chez un prurigineux

M. Hebra ne croit pas que ce malade ait un prurigo, mais un eczéma de nature mycosique, en raison de sa localisation sur les côtés de la flexion, de la traînée qui se dirige de dedans en dehors. Il a vu très souvent un état semblable avec l'eczéma mycosique. Le creux du jarret gauche est aussi pigmenté, ce qui indique un eczéma antérieur. Le pli des coudes est actuellement indemne, mais le malade a eu autrefois un eczéma dans ces régions. Il a déjà signalé cette localisation qui est caractéristique de l'ec-

zéma mycosique. Il ne voudrait pas rapporter au mycosis tous les symptômes actuels. L'eczéma survient en effet en dehors de toute cause, il provoque du prurit, le malade se gratte et seul un traitement approprié peut amener la guérison. Si on tenait compte des symptômes subjectifs dans ce cas, il faudrait instituer un traitement antiparasitaire et le malade serait rapidement guéri. Quel est ici le micro-organisme? il ne saurait le dire, mais l'observation lui a appris qu'il y a dans ces cas un parasite; surtout chez les petits enfants on rencontre de nombreux cas de ce genre semblables à un pityriasis versicolore.

M. Ehrmann traite dans ce moment un malade atteint d'eczéma flexurarum (Hebra). La pommade de chrysarobine a été sans action. Ce sont de petites papules qui s'excorient, s'étendent des régions dans le sens de la flexion à tout le corps, au raphé périnéal, aux bourses qui sont épaissies avec plis œdémateux.

Les cas qu'il a vus sont en général symétriques et les surfaces de flexion guérissent toujours en dernier lieu. Ces cas ne seraient pas de nature parasitaire, selon l'orateur.

Le goudron réussit assez bien chez ces malades.

## Expériences d'inoculation avec des cultures pures de trichophyton.

(Travail de la clinique du professeur KAPOSI.)

M. Folly. — Après avoir rappelé en quelques mots les recherches de Grawitz, de Leslie Roberts et de Mazza, l'orateur expose le résultat de ses expériences. Voici le mode de préparation de ses cultures pures : il a inoculé à une femme atteinte de lupus vulgaire du nez des squamules d'herpès tonsurant typique. Chez cette femme, il se développa trois semaines après l'inoculation un cercle d'herpès tonsurant qui avait plus de 20 millim. de diamètre. Dans les préparations microscopiques des squames on voyait des mycéliums, des hyphes et de nombreuses gonidies rondes et ovales.

18 mars 1892. On ensemença trois petits tubes contenant de la glycérine agar durcie obliquement, avec des squamules épidermiques prises sur le bord de la plaque lavée auparavant avec de l'éther sulfurique. On plaça les tubes dans une étuve à 36° C. L'un des tubes resta stérile. Dans un deuxième tube on vit dès le jour suivant un trouble provoqué par le staphylococcus pyogenes albus. La squame épidermique dans le troisième tube resta quatre jours sans modifications appréciables à l'œil nu, sauf un léger gonflement.

Le 25. La culture avait le volume d'un grain de mil, le centre faisait une légère saillie et était entouré d'un liséré délicat, blanchâtre. La colonie pénétrait d'1 1/2 millimètre dans le terrain de culture. 30 mars. La culture a 5 millim. de diamètre, elle fait une saillie conique au-dessus du terrain de culture. La surface est inégale, les portions centrales ont une teinte jaune citron; la partie inférieure dans le terrain de culture est demi-sphérique, blanche, il en est de même du liséré de la colonie. Dans une préparation microscopique d'une granulation du centre de la culture, il existe de nombreuses gonidies rondes et ovales, les unes isolées, les autres en chaînettes au nombre de 4 à 8, des hyphes aériens et des hyphes avec de nom-

bi

ne

01

u

CI

CE

p

01

16

fa

C

i

d

to g

p

e

q

Į

breuses cloisons et un protoplasma granulé. On voit en outre sur bon nombre de rameaux d'hyphes cloisonnés de grandes bosselures rondes ou ovales à double contour et un protoplasma granulé; chez quelques-uns il y a des vacuoles dans le protoplasma. Ces bosselures sont séparées par une cloison transversale du protoplasma de l'hyphe principal. 7 avril. La culture forme un cercle arrondi de 8 millim. de diamètre, avec saillie au centre d'un brun rougeâtre; à la périphérie, liséré blanchâtre. La culture pénètre de 4 millim. dans le terrain de culture. L'examen microscopique d'une granulation prise au centre montre d'assez nombreuses gonidies qui ont germé; les mycéliums jeunes sont courts et non ramifiés ou ont 3 ou 4 rameaux.

La culture augmente encore. Le 30 mars on inocula avec cette culture le côté externe du bras droit d'une femme atteinte de lupus vulgaire de la face. La peau au point inoculé fut frottée à plusieurs reprises avec de l'alcool et de l'éther, puis recouverte pendant plusieurs minutes avec une gaze imprégnée de sublimé, ensuite lavée avec de l'eau stérilisée et séchée avec de l'ouate stérilisée. On fit sur l'épiderme plusieurs incisions avec un bistouri flambé, on prit au centre de la culture un fragment gros comme une graine de pavot et on le tritura avec le bistouri pendant un court laps de temps sur l'épiderme éraflé. On recouvrit l'inoculation avec de la guttapercha stérilisée assujettie avec un léger pansement. Au bout de 4 jours on enleva l'appareil : dans les premiers jours il se forma autour de l'inoculation une aréole hyperhémique, légère sensation de prurit ; l'hyperhémie pendant la première semaine devint plus accusée et plus étendue, la plaque hyperhémique desquama légèrement. Dans les squames examinées au microscope quelques éléments trichophytiques. Puis l'hyperhémie disparut presque entièrement. Le 18 avril, apparition d'un cercle de 12 millim. de diamètre d'herpès tonsurant, prurit assez intense. Le 25 avril le cercle avait 20 millim. de diamètre. La périphérie, très rouge, saillante, avec de nombreuses vésicules du volume d'un grain de mil, le centre pâle, en desquamation. Le 28 avril l'examen microscopique des squames montre de nombreux hyphes de mycélium très longs, rectilignes et des gonidies. Dans quelques poils follets, nombreuses gonidies arrondies et ovales entre les fibres des poils.

#### SÉANCE DU 25 MAI 1892.

#### Verrues cornées.

M. Hebra présente une jeune femme qui a sur la face dorsale de l'annulaire gauche et du métacarpe des verrues cornées, à disposition linéaire. C'est un cas très rare.

M. Kaposi pense que ces verrues, en raison de leur mode de groupement, représentent un nævus verruqueux rudimentaire unilatéral.

#### Cas de lupus?

M. Hebra présente une femme atteinte d'une affection dont le diagnostic lui paraît incertain. Il y a 8 semaines on lui a amputé dans son pays le doigt médius pour une maladie qu'elle ne peut préciser et qui durait depuis 3 ans. La peau du dos de la main est rouge bleu, en partie cicatricielle, limitée vers le poignet par une plaie granuleuse, mamelonnée, rouge vif. A la face, sur le côté droit du menton une plaque de la dimension d'une pièce de 5 francs en argent, constituée par de petites croûtelles ou de papules dont la grosseur varie d'une petite lentille à une tête d'épingle.

M. Neumann. -- La maladie de la joue est un lupus, celle du dos de la

main serait aussi un processus lupique avec cicatrices.

M. Kaposi croit également à un lupus pour l'affection de la face; sur la main on pourrait admettre aussi un lupus avec inflammations phlegmoneuses consécutives, périostite, carie.

M. Hebra pense que pour la dernière hypothèse le laps de temps indiqué

par la malade est trop court.

M. Neumann est d'accord avec Hebra sur ce point que l'apparition du lupus à cet âge est très rare; il se rappelle un cas du temps de Hebra père dans lequel la pointe du nez était allongée en forme de trompe à la suite d'un lupus chez une femme de 60 ans.

### Syphilide ulcéreuse.

M. Hebra présente ensuite une femme de 54 ans atteinte d'une syphilide ulcéreuse, elle a eu trois enfants, jamais d'avortement. A l'époque où elle avait des accidents syphilitiques, elle a eu des enfants sains encore vivants.

#### Gommes.

M. Neumann présente une femme ayant des gommes ramollies audessus du genou droit et sur la face d'extension, de la grosseur d'une pomme et au-dessus, quelques-unes sont exulcérées et à bord taillé à pic. Cette femme a eu 10 enfants encore vivants.

#### Lichen syphilitique.

M. Neumann présente la malade qu'il a récemment montrée avec roséole syphilitique et papules aux organes génitaux et en même temps du lichen. A ce moment il ne savait pas encore s'il s'agissait d'un lichen syphilitique ou d'un lichen ruber acuminé. Un traitement spécifique a fait disparaître la roséole, les papules sont restées. Il est d'avis actuellement que ces papules n'appartiennent pas au lichen ruber, mais sont de nature syphilitique. Elles sont devenues en effet un peu plus brunes, quelques-unes présentent à leur sommet un liquide séro-purulent. La durée du traitement est trop courte et le lichen syphilitique ne se modifie pas si rapidement. La difficulté du diagnostic tient à ce que cette fille a une ichthyose simple et par conséquent les papules ont une teinte différente.

M. Karosi croit encore aujourd'hui qu'il s'agit d'un lichen pilaire chez une ichthyosique, surtout en raison de la rougeur hyperémique typique disparaissant sous la pression du doigt, et de la mollesse des papules qui, chez un syphilitique ainsi que dans d'autres états de nutrition défectueuse, ont une couleur plus livide, voire même hémorrhagique; en outre il y a évidemment de la syphilis. Quand bien même la syphilis se présente de

préférence sous la forme de papules, lichen syphilitique, la plus grande partie appartient à un lichen pilaire d'un sujet ichthyosique.

M. Neumann, en raison de la localisation, n'est pas de cet avis.

M. Hebra. — L'opinion émise par Kaposi n'exclut pas la syphilis; on ne saurait nier le lichen pilaire; mais parce qu'il y a une prédisposition, une hyperhémie habituelle, il en résulte qu'il se développe là plus facilement une papule syphilitique, dont la durée est en rapport avec la persistance de la cause première.

M. Lang rappelle qu'il s'est également prononcé en faveur de la nature syphilitique du processus, mais qu'il y avait une cause antérieure de prédisposition à cette localisation.

### Trichophytie du tronc.

M. NEUMANN présente de nouveau une jeune fille atteinte d'herpès circiné du tronc, elle est à présent guérie. Elle a quitté la clinique il y a quelques mois; elle est de nouveau rentrée à l'hôpital; les efflorescences ont disparu sauf quelques cercles, ils sont de la dimension d'une pièce d'un franc, bien circonscrits; à la périphérie, efflorescences limitées par un exsudat séro-purulent.

### Syphilis de la conjonctive.

M. Neumann présente un homme avec deux tubercules syphilitiques suppurés de la conjonctive palpébrale; c'est la 3º fois qu'il entre à la Clinique. Nombreux ulcères taillés à l'emporte-pièce sur la peau. Ce cas est intéressant en raison de la localisation sur la conjonctive et de l'apparition précoce de lésions aussi graves.

### Cas d'actinomycose.

M. Kaposi présente un homme avec de l'actinomycose de l'angle du maxillaire inférieur gauche. Dans le pus qui s'écoule spontanément il n'existe pas de champignons. La maladie a débuté il y a 4 mois par une tumeur dentaire dans le voisinage de la tumeur, pas d'abcès mous, comme du reste dans toutes les scrofules. A l'angle du maxillaire gauche et de la branche horizontale sous-maxillaire, bourrelets allongés, arrondis, avec dépressions profondes et perforation en quelques points, sécrétion purulente, le bourrelet est mou, fluctuant, légèrement rouge.

### Lichen ruber plan.

M. Kaposi présente un cas peu commun de lichen ruber plan. On sait que cette affection apparaît sur la paume de la main et survient d'abord en cette région et par conséquent n'est pas facile à diagnostiquer. Un médecin expérimenté ne prendra peut-être pas cette maladie pour du psoriasis palmaire de l'eczéma ou du tylosis. Ce sont des points déprimés ou recouverts de squames très adhérentes ou des lésions diffuses. Mais il est remarquable qu'un malade qui présente sur le reste du corps un lichen ruber plan généralisé déjà guéri, ait au contraire la paume et le dos des mains encore si envahis et en même temps sur le dos des mains des saillies verruqueuses ne se distinguant des verrues ordinaires que par leur surface unie, brillante, et n'offrant nulle part un aspect mamelonné. Ce qui rend

le cas intéressant, c'est que toutes les petites papules présentent une pigmentation foncée, de sorte que le malade a tout le corps tacheté en brun sépia et blanc. Du reste il y a encore quelques papules de lichen plus récentes en régression, donc un soulèvement tylosique assez diffus, aplati seulement en quelques points de la paume des mains; sur les doigts et le dos des mains il y a des élevures dures, verruciformes. La pigmentation consiste en taches punctiformes, disséminées sur tout le corps.

## Favus aigu du tronc.

M. Kaposi présente un garçon avec un favus aigu du tronc. Kaposi rappelle que dans les inoculations artificielles de favus il se produit toujours des disques analogues à de l'herpès tonsurant, en partie squameux, en partie constitués par de véritables vésicules et ensuite il ne survient que de la desquamation. La semaine précédente où ces symptômes sont surveuus on diagnostiqua de l'herpès tousurant, puis un favus se développa. Dans la même salle que le malade actuel il y avait des enfants atteints de favus,

Peut-être y a-t-il eu contagion? Sur les parties antérieure et postérieure du thorax il y a environ 30 plaques semblables à de l'herpès tonsurant, de la dimension d'une lentille à celle d'une pièce de 0,50 cent.; au centre de plusieurs de ces plaques on voit des godets faviques de la grosseur d'une graine de pavot; sur une plaque située au niveau de l'épaule, godet dont le volume dépasse celui d'une tête d'épingle.

### Carcinome épithélial.

M. Kaposi fait voir une malade présentant une nodosité allongée, ganglionnaire, histologiquement de nature carcinomateuse, siégeant à la partie interne de la paupière inférieure gauche.

A l'angle interne de cette même paupière, une autre tumeur de 1 cent. 1/2 en longueur et en largeur, ayant envahi presque la moitié du bord de la paupière inférieure, ses caractères cliniques et histologiques sont ceux d'un carcinome épithélial. L'origine du carcinome est ici problématique.

Cette femme est âgée de 36 ans, ne présente ni xéroderma pigmentosum, ni lupus; sur la lignie médiane du front ancienne cicatrice linéaire. Sur la moitié gauche du front, un point tout à fait plat, exulcéré, qui l'était encore davantage au moment de son entrée à la clinique, avec granulations flasques, dont la nature est très difficile à préciser. D'après la localisation, les caractères de la maladie, la disposition aplatie de la cicatrice et l'infiltration du bord de l'affection frontale on ne peut pas penser à un lupus ou à un carcinome épithélial, mais vraisemblablement à de la syphilis.

M. Horowitz. — Ce cas estremarquable en ce que malgré la suppuration survenue dans le cercinome et dans la cicatrice le ganglion préauriculaire n'est pas engorgé. On peut se demander s'il ne s'agit pas d'un cas de psorospermie. L'absence d'engorgement ganglionnaire, du moins au début est un des caractères de cette dernière affection.

M. Kaposi. — Les engorgements ganglionnaires peuvent manquer pendant longtemps dans le carcinome épithélial.

M. Neumann. — Cette localisation est très rare et le diagnostic a dans ce cas une grande importance au point de vue du pronostic. A. Doyon.

# REVUE DES LIVRES

Henri Leloir et Émile Vidal. — Traité descriptif des maladies de la peau. Symptomatologie et anatomie pathologique. — 3º Livraison : Dermatobia noxialis ; Dermatolysie ; Dermatoneuroses ; Dermatose herpétiforme récidivante ; Dyschromie ; Ecthyma ; Eczéma. — 4º Livraison : Eczéma séborrhéique ; Eléphantiasis ; Engelure ; Éruptions mercurielles ; Érythèmes ; Erythrasma ; Favus. Paris, G. Masson, éditeur, 30 mars 1891-6 février 1893.

Dans des notices antérieures, — Ann. de dermat. et de syph., 2° série, t. X, 1889, p. 762, et 3° série, t. I, 1890, p. 541, — j'ai indiqué sur quelles bases originales et hautement scientifiques était conçu ce grand ouvrage, et quel vif éclat il jetait sur la dermatologie française. Les deux fascicules parus depuis cette époque achèvent de démontrer que les espérances du public médical n'ont pas été trompées: c'est bien une œuvre magistrale, la plus scientifiquement conçue de l'époque actuelle, que produisent, avec un plein succès, nos savants collègues, MM. Emile Vidal et Henri Leloir.

Poursuivant particulièrement la description des symptômes et l'exposé des lésions anatomiques qui leur correspondent, entièrement libérés des abstractions de la pathogenèse et des spéculations ondoyantes d'une thérapeutique sans cesse en révolution, ils peuvent continuer avec sérénité

leur marche en avant dans la voie du progrès.

En tout pays, il n'est pas un dermatologiste qui n'ait profit certain à posséder ce Traité, digne de servir de base et de guide aux études cliniques ou anatomo-pathologiques les plus élevées et les plus approfondies. Il suffit, pour s'en convaincre rapidement, de parcourir les pages consacrées à l'ecthyma, à la plus problématique de toutes les entités dermatologiques actuelles, à l'eczéma, aux dermatoneuroses, à l'étéphantiasis, aux érythèmes, à l'érythrasma, au favus, etc., etc.

Même avec le concours de deux collaborateurs; même limitées aux bornes que les auteurs se sont assignées, ces études réclament des développements préparatoires considérables, et exigent une somme de temps dépensé et de labeur ardu, dont ceux-là seuls qui ont affronté ces grandes

et ingrates tâches peuvent se faire une idée.

Quant à un Traité de dermatologie véritablement complet et original, personne aujourd'hui, dans l'un ni dans l'autre monde, ne saurait le produire avec ses propres ressources. S'il s'agit de créations magistrales, il ne peut être question que de productions à programme limité, ou particularisées; pour la constitution de systèmes généraux et même de compilations étendues, la collectivité des auteurs devient nécessaire. L'ère

des grands traités, ou des grands systèmes unipersonnels peut être considérée comme close avec le Traité du grand Hebra, ou les publications de l'illustre Bazin. Aujourd'hui la vie entière d'un homme, fût-il un génie, ne saurait lui suffire pour réunir à lui seul, les éléments actuellement nécessaires; et qui pourrait, aujourd'hui, étant à la fois clinicien consommé, thérapeutiste médicalement et chirurgicalement expérimenté, physiochimiste, histologiste et bactériologiste, avoir approfondi tous ces sujets et trouver le temps de les exposer lui-même dans une œuvre originale?

Force lui sera toujours, à présent, d'être plus ou moins un compilateur au bon sens du mot.

Ce n'est pas tout au moment même où ce bénédictin de la dermatologie aurait réuni tous les éléments de son ouvrage, en tout pays et en des endroits divers de chaque pays, des travailleurs nés d'hier, des découver les incessantes de tout ordre, viendraient, à bref délai, montrer l'inanité de cette tentative.

En fait, à l'heure actuelle, les traités généraux complets ne peuvent être l'œuvre que d'une collection de dermatologistes travaillant vite, et avec synergie dans une direction déterminée et pour un temps limité, car il suffit d'un très petit nombre d'années pour rendre un ouvrage arriéré ou incomplet, et en nécessiter de nouvelles éditions.

Et même, pour les ouvrages élémentaires, classiques destinés aux études proprement dites, on verra bientôt que la collaboration de quelques dermatologistes groupés, est infiniment préférable à la compilation unipersonnelle la plus habile, ou la plus sayante.

Quelle que soit la forme adoptée par les travailleurs d'aujourd'hui et par ceux de demain, les uns et les autres trouveront dans le *Traité descriptif* de MM. Leloir et Vidal une mine abondante et sûre, en même temps que des modèles achevés de la description scientifique probe et impartiale.

Ils y verront, en effet, que l'on peut exposer en pleine lumière ses recherches personnelles, sans cesser de rendre à chacun son dû, ce qui dans toutes les littératures est un devoir auquel trop d'auteurs oublient de s'astreindre.

Je ne saurais terminer cette courte notice sans appeler, une fois de plus, l'attention du lecteur sur la perfection typographique de l'ouvrage, laquelle fait le plus grand honneur à l'éminent éditeur M. G. Masson, et sur les nombreuses et superbes chromographies histologiques dont le Traité descriptif est illustré.

ERNEST BESNER.

L. Brocq et L. Jacquet. — Précis élémentaire de dermatologie. (Encyclopédie scientifique des aide-mémoire, publiée sous la direction de M. Léauté). — 1<sup>re</sup> Partie, Pathologie générale cutanée, par L. Broco.

La notice précédente était composée quand nous avons reçu l'élégant volume que nous annonçons. Voilà une démonstration, arrivant à point, du bien-fondé de nos propositions. Même pour un précis élémentaire, notre savant collègue L. Brocq, dont chacun connaît la haute valeur scien-

fia

un

911

CO

211

ci

fo

to

d

o

1

fique et l'extraordinaire puissance de travail, a jugé utile de s'adjoindre un collaborateur qui traite, ex professo, la partie histopathologique, et cela au bénéfice certain de l'œuvre, et au plus grand bien des lecteurs, puisque ce collaborateur est L. Jacquer. Je ne mets pas en doute que, pour l'édition suivante, les auteurs ne s'adjoignent un troisième collaborateur, chargé de

présenter l'état actuel de la bactério-dermatologie.

Le but des auteurs dans cet ouvrage est bien défini : donner aux praticiens de médecine générale des notions précises sur les dermatoses communes, en « laissant volontairement dans l'ombre les affections rares et les formes insolites qui sont plus particulièrement du domaine des dermatologistes de profession ». La première partie, Pathologie générale cutanée, toute entière de la main de L. Broco, présente un tableau succinct, mais extraordinairement lucide et suggestif, de l'étiologie, de la pathogenèse, de la symptomatologie et de la thérapeutique rationnelle des dermatoses. Il faudrait tout citer, ou mieux copier, si l'on voulait faire une analyse d'un ouvrage où le talent de l'auteur a accumulé les idées et les faits, sans jamais être confus, obscur ou indigeste; aucun chapitre n'est inférieur à un autre. Toutefois, s'il fallait dire quelles sont, pour nous, les pages les plus parfaites dans leur extrême concision nous mettrions au premier rang celles qui sont consacrées au diagnostic général, à l'interrogatoire des malades, à l'examen objectif. Ce sera le bréviaire dermatologique de nos élèves des hôpitaux, qui, avec ce guide sûr, sauront rapidement faire un examen de malade, et, chose devenant de plus en plus rare, prendre une bonne observation clinique, en même temps qu'ils y trouveront, sans difficulté, les règles de la nomenclature dermatologique, et les caractères des lésions élémentaires, ce qui, suivant l'heureuse expression de l'auteur, est « à proprement parler, l'alphabet de la dermatologie ».

Mais ce n'est pas aux seuls élèves que ce livre est destiné, c'est au moins autant aux praticiens, qui y trouveront, de la page 84 à la page 154, c'est-à-dire largement développée, la thérapeutique générale et spéciale des maladies de la peau. A tous ces titres, le succès de cette publication est assuré, et ne pourra que croître dans les éditions ultérieures.

Quant aux dermatologistes « de profession », pour lesquels l'auteur dit, avec modestie, qu'il n'a pas écrit, je leur recommande de lire tout l'ouvrage, et en particulier, le chapitre VIII qui traite Des classifications. Je ne mets pas en doute qu'ils ne trouvent, comme moi, à cette lecture, un plaisir extrême, et un profit réel.

ERNEST BESNIER.

Auvard, Brocq, Chaput, Delpeuch, Desnos, Lubet-Barbon, Trousseau. — Guide de thérapeutique générale et spéciale. Paris, 1893, Octave Doin, éditeur.

Si la jeunesse médicale du jour, et les praticiens de l'époque, ne sont pas amplement pourvus d'instruction élémentaire, et de savoir pratique, ce ne sera pas la faute des éditeurs et des auteurs de la période contemporaine. Jamais, à aucune époque, on ne vit une pareille production de livres élémentaires et de guides pratiques. Joignez à cela les progrès matériels, extraordinaires, apportés par les éditeurs qui rivalisent véritablement de luxe et de perfection. Chacun des auteurs de cette encyclopédie en miniature s'est chargé de la partie des sciences médicales à laquelle il est voué particulièrement.

M. Auvard traite des accouchements, M. Brocq de la dermatothérapie, M. Chaput de la chirurgie, M. Delpeuch de la médecine interne, M. Desnos des maladies des voies urinaires, M. Lubet-Barbon des maladies du larynx, du nez et des oreilles, M. Trousseau de l'ophthalmothérapie. Il suffit de nommer chacun de ces auteurs pour faire comprendre la valeur magistrale de ce petit livre, qui représente, en réalité, ce qui a été, jusqu'à présent, conçu de mieux, de meilleur, de plus utile et de plus pratique en fait de manuel. Avant peu ce livre sera sous la main de tous les praticiens, et leur vade mecum, au sens littéral du mot.

Ernest Besnier.

### NOUVELLES

Le D<sup>r</sup> Barlow vient d'être nommé privat-docent de dermatologie et de syphiligraphie à l'Université de Munich.

# NÉCROLOGIE

Nous avons le regret d'apprendre la mort du Dr Zegota Krowczinski, chef du service des maladies cutanées et syphilitiques à l'Hôpital général de Lemberg (Galicie), qui a publié en 1883, en langue polonaise, un excellent Manuel de Syphilidologie. Parmi les autres publications de notre regretté collègue, nous signalerons les suivantes: De l'arthrite gonorrhéique, 1874; Du traitement de la syphilis par le mercure et spécialement par les injections sous-cutanées, 1875; Remarques sur l'emploi sous-cutanée du cyanate de mercure, 1875; Du régime des syphilitques pendant le traitement par les frictions mercurielles, 1879; La vérole est-elle une maladie du sang? 1881; Traitement abortif de la syphilis, 1889; Expérimentations sur les moyens préventifs contre la syphilis, 1892; etc.

Le Gércat : G. Masson.

IMPRIMERIE LEMALE ET Cie, HAVRE

ré

ce

la ta zi

de

de

ré

fé

fo

A

C

ci

si ci p

# TRAVAUX ORIGINAUX

# DES ALOPÉCIES ATROPHIQUES

Par W. Dubreuilh.

L'histoire des alopécies atrophiques ou cicatricielles est assez récente et les observations en sont assez peu nombreuses pour qu'il ne soit pas sans intérêt d'apporter quelques documents nouveaux sur cette question.

Les deux travaux les plus importants et les plus compréhensifs sur la matière sont la note de M. Brocq à la Sociéte médicale des hôpitaux de Paris en 1888 et le mémoire récent de MM. Ducrey et Stanziale dans le Giornale italiano delle malattie veneree e della pelle de 1892.

Dans son article de 1888, M. Brocq distingue 4 formes. Mais la dernière qui est l'acné chéloïdienne de la nuque n'est rattachée aux autres qu'avec beaucoup de réserves. Je ne puis que m'associer à ces réserves en les accentuant, car l'acné chéloïdienne me paraît très différente des alopécies atrophiques qui constituent les trois premières formes, tant au point de vue clinique qu'au point de vue anatomique. Au point de vue clinique il n'y a pas d'alopécie. J'ai toujours été au contraire frappé de la profondeur anormale à laquelle les cheveux s'enfoncent dans le derme et de leur extrême adhérence ; ils sont si solidement implantés que dans les tumeurs anciennes il est très difficile de les arracher sans les casser. Ce fait trouve du reste son explication dans le développement anatomique des lésions; car la néoplasie chéloïdienne se forme entre la surface et le fond des follicules, ceux-ci restent en place, mais la surface est exhaussée. L'alopécie qui paraît exister dans certains cas est due à ce que les cheveux sont repoussés latéralement par la néoplasie, ils forment des bouquets séparés par de petits espaces glabres, des sortes de mamelons qui ont fait donner à cette maladie le nom de dermatitis papillaris. Quelquesois l'alopécie est réelle et due à des interventions opératoires suivies de récidive de la chéloïde ou à des suppurations accidentelles.

Au point de vue anatomique elle s'en distingue par le début qui se

fait dans les glandes sébacées et par la parfaite conservation des papilles du derme, qui sont absolument détruites et nivelées dans les alopécies atrophiques vraies. Je ne parle bien entendu que des tumeurs d'acné chéloïdienne intactes, car le premier effet d'une intervention opératoire quelconque est de remplacer la chéloïde spontanée par une cicatrice chéloïdienne dépourvue de papilles.

Cette élimination une fois faite. il reste les trois premières formes de Brocq:

1º La forme qu'il qualifie de pseudo-pelade, nom également adopté par Ducrey et Stanziale.

2° La folliculite décalvante de M. Quinquaud, acné décalvante de M. Lailler.

3° Le sycosis lupoïde de Brocq, ou érythème sycosiforme de Unna, dermite sycosiforme atrophiante de Ducrey et Stanziale.

I

On peut rattacher à cette forme les deux cas cités par Brocq dans le travail précité, les observations V, VI et VII de Ducrey et Stanziale, enfin les 4 observations suivantes:

Obs. I. — M<sup>me</sup> V..., employée dans une maison de commerce, est une femme robuste, âgée de 36 ans, à cheveux noirs abondants.

Sa mère est très nerveuse et présente des lésions très manifestes de rhumatisme noueux avec des nodosités d'Heberden très développées. Ellemême n'a jamais eu d'autre maladie qu'une variole légère en 1870; elle n'a jamais eu de rhumatismes ni aucune affection cutanée mais elle est très nerveuse, a souvent des crises de larmes et des attaques de tremblement à la moindre émotion; pas d'attaques de grande hystérie.

Il y a un an que son attention a été attirée par une chute anormale des cheveux qu'elle a fort beaux quoique un peu gros. Les cheveux s'éclaircissaient au sommet de la tête où apparaissaient de petites plaques dépourvues de cheveux. Ces plaques, toujours assez petites, se multipliaient, se fusionnaient en gagnant peu à peu vers la région frontale.

Novembre 1892. Les lésions occupent tout le sommet de la tête et sont répandues sur une surface qui a presque 15 centim. de large dans tous les sens, on n'en trouve pas à l'occiput ni derrière les oreilles. Elles sont constituées par une foule de taches alopéciques dont les dimensions varient d'une lentille à une amande; ces dernières paraissent formées par la confluence des premières, ce qui explique leur extrême irrégularité qui échappe à toute description. Aucune de ces plaques, sauf les plus petites, n'est bien limitée ni parfaitement glabre, elles sont toutes parsemées de cheveux isolés ou de bouquets de cheveux forts et parfaitement développés. La surface de ces plaques a un aspect cicatriciel qui tranche sur le reste du cuir chevelu, lequel est couvert d'une séborrhée assez abondante; on n'y voit pas trace de follicules pileux; elle est lisse, nacrée,

t

L

n

c

j

tı

blanche et par places comme lavée de rose. Cette coloration rose diffuse est beaucoup plus marquée sur les petites plaques lenticulaires qui s'avancent vers le front et qui sont aussi plus récentes; ailleurs elle est plus accusée sur le bord des plaques et forme comme une auréole autour des cheveux respectés isolément ou par groupes à la surface des plus grandes plaques. Par un examen attentif, on constate que la rougeur n'est pas absolument uniforme, mais qu'on peut y distinguer un réseau de tratnées roses très délicates et un peu diffuses ou parfois même des dilatations veineuses plus considérables sous forme de lignes violacées tortueuses. Il n'y a pas d'infiltration ou de saillie même aux bords, pas de douleur au grattage, seulement une démangeaison assez vive surtout dans les parties plus récemment atteintes. Les cheveux de bordure ou de réserve sont parfois un peu déchaussés à leur base ou entourés d'un petit bouchon épidermique ou d'une fine croûtelle, qui peut également marquer la place du follicule alors que le cheveu est déjà tombé. Ces cheveux dont le follicule est déjà malade, sont encore assez adhérents et leur racine présente quelquefois une gaine épithéliale toujours modérément épaisse.

Pas d'alopécie sourcilière, le système pileux est assez développé sur les membres; on trouve sur les bras une kératose pilaire assez marquée sous

forme de grains cornés avec poils atrophiés.

Traitement : pommade à l'ichthyol.

7 décembre. Un peu de rougeur des plaques. Les cheveux continuent à tomber. Pommade avec axonge 20, soufre 2, baume du Pérou 0,10.

Le 31. Les cheveux tombent moins.

16 mars. Les cheveux ne tombent plus. Il n'y a plus de démangeaisons. Les plaques n'ont pas changé d'aspect ni de dimensions.

Obs. II. — Madame J. B..., âgée de 45 à 50 ans, est une brune un peu replète, d'origine italienne et qui a toujours eu une très bonne santé. Sa maladie actuelle remonte à huit années; elle a remarqué à cette époque qu'il se formait des plaques glabres à l'occiput. Ces plaques ont grandi pendant quelques années, puis sont restées stationnaires pendant quatre ou cinq ans, mais depuis un an il s'est fait un nouvel accroissement. La maladie a toujours évolué très lentement mais n'a jamais rétrocédé car les cheveux n'ont jamais repoussé sur les points dénudés. Il n'y a non plus jamais eu de sensations anormales, de douleur ou de démangeaison à part celles qui ont été provoquées par les divers topiques irritants. En effet la malade qui avait toujours été considérée comme ayant la pelade avait été traitée par des applications de teinture d'iode.

Quand Mme B..., vient me consulter en novembre 1892, elle présente trois plaques glabres, l'une médiane et deux latérales, à peu près symétriques, situées dans la région occipitale un peu au-dessus de la lisière des che-

La plaque droite est la plus petite et n'a guère que deux centimètres sur trois ; la plaque médiane a 4 centim. sur trois et se confond sur ses limites avec la plaque gauche qui est plus grande encore. Toutes ces plaques, surtout la gauche, ont un contour assez irrégulier, elles sont complètement glabres, et les cheveux qui les entourent sont tout à fait normaux comme volume, comme couleur et comme adhérence.

La plaque médiane qui descend assez bas sur la nuque ne présente pas d'autre altération que l'absence complète de cheveux, il n'y a pas le moindre duvet mais la peau présente son apparence et sa souplesse normales.

Les deux plaques latérales présentent une surface lisse, nacrée, d'aspect cicatriciel sur laquelle on ne distingue pas le moindre vestige des follicules pileux. La peau est plus lisse et plus dure que normalement, elle est tendue, étroitement appliquée sur le crâne ; quand on cherche à la saisir entre les doigts, elle forme de très petits plis serrés et superficiels. Elle présente en un mot tous les caractères d'une peau atrophiée et cicatricielle. En divers points de ces plaques, généralement au voisinage du bord on voit des macules rouges, irrégulières, de la grandeur d'un haricot en moyenne; elles pâlissent par la pression et à leur surface on remarque une légère desquamation lamelleuse. La couleur rouge est due à un fin réseau de vaisseaux dilatés, mais il n'y a ni épaississement, ni infiltration de la peau. La malade a elle-même depuis longtemps remarqué ces plaques rouges. Elles changent de place, apparaissent ou disparaissent mais le tout avec une grande lenteur, car elles persistent d'habitude plusieurs mois sans subir aucune modification. A part ces taches rouges, les cheveux qui entourent les plaques d'alopécie ne présentent aucune rougeur à leur base, aucun signe d'inflammation ou de folliculite. Ni à la surface des plaques ni à leur périphérie on ne trouve de cheveux atrophiés, cadavérisés ou en massue.

La sensibilité de la peau à la piqûre paraît normale, au niveau des plaques aucune sensation subjective anormale.

Je fais appliquer tous les jours une pommade à l'ichthyol.

Quand j'ai revu M<sup>m</sup>• B..., un mois après, il n'y avait pas de modification appréciable. Les macules rouges existaient encore. Les plaques glabres n'avaient pas augmenté d'étendue mais un mois d'observation ne prouve rien pour une maladie à allures aussi torpides.

Obs. III. — Sabine R..., cuisinière, âgée de 26 ans, est une jeune femme robuste à cheveux noirs modérément abondants, avec un peu de séborrhée sèche. Elle n'accuse pas d'autre affection cutanée que celle pour laquelle elle vient me consulter et qui date de quatre ans. A cette époque (1885) elle a remarqué une plaque de la grandeur d'une lentille située à la partie antérieure du cuir chevelu sur la ligne médiane. Cette plaque a grandi lentement sans être jamais le siège d'aucune sensation anormale. Au début, elle était couverte de squames blanches, mais depuis huit mois environ, la desquamation a disparu et la plaque a cessé de grandir à la suite d'un traitement par une lotion de composition inconnue et une pommade jaune qui contensit du camphre.

Le 21 décembre 1883, on trouve au milieu du frontal, à deux centimètres en arrière de la limite des cheveux, une plaque alopécique irrégulièrement ovalaire, mesurant environ trois centimètres de long sur deux de large, avec un contour géographique nettement tracé. La surface de cette plaque est lisse, nacrée, très légèrement déprimée, d'aspect cicatriciel. La partie centrale est rougeâtre par suite des fines varicosités veineuses visibles à la loupe. La plupart des follicules pileux ont complètement dis-

paru sans laisser de traces, d'autres sont remplacés par de petites croûtes cornées, grises, rondes, de 1/2 à 1/3 de millim. de diamètre, et qui sont la base de petits bouchons épidermiques enfoncés dans le derme à environ un demi-millimètre de profondeur, mais ne faisant presque pas de saillie à la surface; d'autres follicules sont représentés par une minime dépression circulaire du même diamètre que les croûtes sus-indiquées. Ces bouchons épidermiques deviennent plus nombreux à la périphérie de la plaque. Les cheveux qui entourent la plaque sont peu adhérents, ils s'arrachent assez facilement en entraînant une gaine épithéliale gonflée. Au niveau de leur implantation, ils sont parfois un peu déchaussés ou bien entourés par un bouchon épidermique qu'ils traversent suivant leur axe. Cette zone de transition n'a guère qu'un ou deux millimètres de large, et la peau ainsi que les cheveux reprennent très rapidement leurs caractères normaux.

Il n'y a pas d'autre lésion analogue sur la face ou en aucune autre

partie du corps.

Pensant à un lupus érythémateux, je fis faire des applications quotidiennes d'acide acétique à 50 0/0, et donnai de l'iodoforme à l'intérieur, mais au bout d'une semaine il fallut cesser l'usage de l'acide acétique qui avait déterminé une vive inflammation.

15 février 1890. Il n'y a plus de bouchons épidermiques, les cheveux qui limitent la plaque sont adhérents. Iodoforme à l'intérieur, applications de

glycérine résorcinée.

26 avril 1890. La partie centrale de la plaque est blanche et cicatricielle, la rougeur s'est transportée à la périphérie où sur une largeur de près d'un centimètre, on remarque une couleur rouge due à de fines dilatations vasculaires. Dans cette zone un bon nombre d'orifices folliculaires sont apparents, mais bouchés par un petit cône épidermique. Les cheveux n'ont aucune tendance à repousser.

5 juillet. La plaque alopécique paraît s'étendre un peu, toujours avec les mêmes caractères, on remarque notamment en avant, vers le front, l'apparition d'un petit îlot de nouvelle formation, de la grandeur d'une lentille. Les cheveux sont tombés, remplacés par de petits bouchons épidermiques enfoncés dans le derme, au pourtour ils s'arrachent facilement avec une racine amincie et sans gaine épithéliale. Aucune réaction inflam-

matoire.

11 novembre 1890. Statu quo, les cheveux ne repoussent toujours pas. 16 mars 1893. La plaque persiste toujours avec des dimensions sensiblement égales. Elle forme un triangle irrégulier à sommet dirigé en arrière mesurant 3 centim. de hauteur sur 2 centim. de base. Le contour est irrégulier mais nettement limité. La peau est cicatricielle, déprimée par rapport aux parties saines, présentant dans son ensemble une teinte rouge et couverte de quelques squames grasses; il n'y a pas de cheveux is sur la plaque qui est complètement glabre. La teinte rouge et due à un lacis vasculaire très riche, formé de vaisseaux superficiels rouges très fins, mais très apparents et faciles à distinguer à l'œil nu; ils sont très tortueux et anastomosés. Ce réseau couvre à peu près également toute la surface de la plaque. Les follicules pileux ont complètement disparu, cependant on reconnaît leur place à une dépression cicatricielle puncti-

forme et à un point rouge formé par quelques mailles plus serrées du réseau vasculaire. Les cheveux de la bordure sont entourés à leur base d'un bouchon épidermique superficiel mou et mal développé. Ils sont assez solides et quand on les arrache, ils entraînent parfois une gaine épithéliale peu épaisse. Pas de cheveux atrophiés.

En avant de cette plaque principale mais presque en contact avec elle, se trouve un petit flot grand comme une lentille, rouge, un peu saillant avec un riche réseau vasculaire très fin, couvert de squames nacrées, adhérentes, un peu grasses, portant encore quelques cheveux et quelques bouchons épidermiques.

La plaque est encore parfois le siège d'une démangeaison assez vive que la malade calme avec quelques applications de « baume des Pyrénées », préparations dont la base est, je crois, le baume du Pérou. Il n'y a pas de douleur au grattage.

Séborrhée modérée sur le reste du cuir chevelu. Il n'y a pas trace de kératose pilaire sur les sourcils ou sur les membres.

Obs. IV. — M<sup>me</sup> veuve B..., épicière, âgée de 67 ans, se présente le 20 décembre 1892, avec des plaques glabres dans le cuir chevelu dont le début remonte à deux ou trois ans.

Il n'y a rien de particulier à noter dans ses antécédents héréditaires ou personnels. Son père est mort à 70 ans d'une pneumonie, sa mère aurait succombé à une tumeur du genou; son mari est mort depuis 20 ans de tuberculose; elle a deux fils dont le plus jeune est assez chétif, mais a cependant pu faire son service militaire.

Il y a 2 ans 1/2 à 3 ans, qu'elle a vu apparaître sur le côté droit du front une plaque alopécique qui aurait guéri en deux mois, mais six mois après la maladie faisait son apparition à la nuque.

On trouve actuellement sur le cuir chevelu cinq plaques.

1º Une plaque sur le côté droit du front de la grandeur d'une amande (3 centim. sur 2), elle porte surtout sur le front et il n'y en a guère qu'un tiers qui intéresse le cuir chevelu. Cette plaque est bien limitée, blanche, nacrée et tranche nettement sur la peau voisine du front qui est brune et hâlée. Elle n'est pas déprimée par rapport aux parties voisines, elle est parfaitement souple mais présente un aspect franchement cicatriciel qui rappelle celui des cicatrices très anciennes. On n'y voit pas trace de follicules pileux, ce qui contribue à modifier l'aspect de la peau. Le caractère cicatriciel se voit plus nettement sur cette plaque frontale que sur les autres par comparaison avec la peau relativement glabre du front.

2° Sur le pariétal gauche, au-dessus et à 5 centim. de l'oreille gauche se trouve une plaque de 6 centim. de long sur 2 de large, sur laquelle n'existent que quelques rares cheveux longs et forts. La peau quoique souple présente nettement l'aspect cicatriciel; ses limites ne sont pas très bien dessinées, on n'y voit pas de rougeur ni d'infiltration des bords.

3º Sur la nuque, à gauche de la ligne médiane, au niveau de l'insertion du trapèze, se trouve une plaque qui mesure 7 centim. transversalement sur 4 verticalement.

Cette plaque atteint en bas la limite des cheveux. Dans sa partie infé-

rieure qui correspond au trapèze et à une région où la peau n'a plus les caractères du cuir chevelu, la surface de la plaque n'a pas l'aspect cicatriciel bien prononcé: elle est blanche, souple, a conservé tous les plis normaux mais est complètement glabre, les follicules pileux ont disparu sans laisser de trace. Dans sa partie supérieure, où elle répond à la boîte crânienne, elle prend un peu l'aspect cicatriciel. A ce niveau la plaque est séparée du cuir chevelu normal par une zone de transition de 15 millim. de large. Cette bande est rouge, saillante et infiltrée, les cheveux y existent encore mais clairsemés et d'autant plus rares qu'on descend vers la plaque alopécique. Elle est criblée de bouchons épidermiques durs de couleur ambrée, peu saillants, larges de 1/2 millim. en moyenne mais s'enfonçant de 1 millim. dans le derme. Un grand nombre d'entre eux sont traversés suivant leur axe par un cheveu de volume normal avec lequel ils s'arrachent. Sur le versant supérieur (côté sain) tous les bouchons épidermiques sont traversés par un cheveu et bon nombre de cheveux en sont dépourvus; sur le versant inférieur (côté malade) il n'y a pas de cheveux sans bouchon mais il y a beaucoup de bouchons épidermiques auxquels ne correspond pas de cheveu.

Ni sur la plaque, ni sur la zone de transition, on ne constate de troubles de la sensibilité. La bande érythémateuse infiltrée est souvent le siège de vives démangeaisons mais il n'y a pas de douleur au grattage superficiel.

4º A droite se trouve une longue plaque qui, débutant sur le trapèze symétriquement à la précédente, se porte en avant et en haut en contournant l'oreille jusqu'au voisinage de la tempe, elle a une longueur de 12 centim. sur une largeur de 4 à 5 centim. en suivant la limite des cheveux et présente à sa partie supérieure un prolongement arrondi de la grandeur d'une pièce de 1 fr.

Sa surface est blanche, nacrée, cicatricielle, on y distingue çà et là, quelques veines dilatées, superficielles, de couleur rouge ou violacé. Elle est limitée en arrière et en haut sur toute sa longueur par une zone de transition qui en avant n'a que 5 à 6 millim. de largeur et se caractérise par un peu de rougeur plus marquée autour des cheveux de bordure et une desquamation nacrée, grasse, assez abondante. En arrière cette zone de transition est beaucoup plus développée, elle a près de 3 centim. de large, elle est rouge, saillante, infiltrée, criblée de bouchons épidermiques traversés ou non par un cheveu, le tout recouvert de nombreuses squames blanches grasses et adhérentes.

Comme cette plaque suit la limite des cheveux elle se confond à sa partie inférieure avec la zone glabre qui entoure normalement le pavillon de l'oreille.

5° Sur l'occipital, à droite de la ligne médiane et à 3 centim. de la plaque précédente, on trouve une petite plaque de 2 centim. de large, ronde, rouge, saillante, infiltrée, couverte de cheveux clairsemés. On y trouve des bouchons épidermiques et un état squameux très accusé.

Sur toutes ces plaques la sensibilité n'est nullement altérée pas plus dans les parties atrophiques que dans les parties enflammées; il n'y a pas de douleur au grattage comme dans le lupus érythémateux. La malade se plaint de vives démangeaisons dans les parties infiltrées et enflammées.' Il n'y a nulle part la moindre trace de suppuration ou de suintement.

Le traitement consiste en l'application d'une pommade à l'ichthyol.

11 janvier 1893. La zone d'attaque qui borde les deux principales plaques est moins rouge, moins saillante, moins squameuse. La malade se plaint que ses cheveux continuent de tomber. Les plaques ne paraissent cependant pas avoir progressé.

15 mars 1893. Pas de modification appréciable depuis la dernière visite

(janvier).

Le 30. La zone de bordure est encore rouge mais il n'y a plus de saillie ni d'infiltration, pas de desquamation, très peu de bouchons épidermiques. La maladie paraît en somme en voie d'amélioration.

Ces 4 observations ne sont pas identiques, mais il me paraît impossible de ne pas les réunir. Les deux premières sont tout à fait semblables, dans l'une les plaques sont très petites et très multipliées, elles siègent surtout au vertex et la maladie ne date que d'un an; dans l'autre les lésions datent de huit ans et sont formées de grandes plaques occipitales. Ces deux cas sont tout à fait typiques, la peau est blanche lisse, nacrée, d'aspect atrophique plutôt que franchement cicatriciel, absolument glabre. Il n'y a pas d'autre phénomène inflammatoire qu'une légère rougeur entourant les bouquets de cheveux respectés ou les cheveux qui bordent la plaque, ou encore formant parfois des taches sur la plaque (obs. II). Quand on examine attentivement ces taches rouges on y distingue un réseau de lignes plus rouges, mal limitées qui sont des vaisseaux dilatés mais assez profondément situés pour n'apparaître que d'une façon très diffuse.

Dans l'observation III les phénomènes inflammatoires sont plus nets, la rougeur qui couvre toute la plaque est formée d'un réseau très fin, très serré de vaisseaux bien distincts. Il se forme à l'orifice de chaque follicule malade un bouchon épidermique corné qui survit un certain temps au cheveu. La première fois que je vis la malade, je ne connaissais pas bien les observations de M. Brocq et je diagnostiquai

un lupus érythémateux du cuir chevelu.

Enfin dans l'observation IV les phénomènes réactionnels atteignent leur plus grand développement sans que cependant il y ait la moindre trace de suppuration, de suintement ou de production de croûtes. La zone d'attaque forme une bande large de quelques millimètres à quelques centimètres, rouge, saillante, infiltrée, criblée de bouchons épidermiques, ou couverte de squames qui engainent les cheveux.

Dans tous les cas c'est la même marche lente et la même terminaison par une plaque blanche, nacrée, d'aspect cicatriciel et irrémédiablement glabre. Les lésions en évolution sont prurigineuses mais non douloureuses, elles ne présentent notamment pas cette douleur au grattage superficiel signalée par M. Besnier dans le lupus érythémateux.

A part ce détail, l'analogie avec le lupus érythémateux est complète

et

m

de

de

fo

ti

11

c

d

d

li

p

et elle se poursuit sur le terrain de l'anatomie pathologique. Chez la malade de l'observation IV j'ai excisé un morceau de peau au niveau de la zone de bordure. J'ai trouvé des enfoncements profonds de l'épiderme dans le derme, correspondant aux bouchons épidermiques et des foyers d'infiltrations leucocytiques assez diffus, siégeant dans la partie superficielle du derme et sans relation avec les follicules pileux. Il en est de même dans les examens anatomiques beaucoup plus complets de MM. Ducrey et Stanziale.

Tant dans la description que dans les planches on est frappé par la diffusion des lésions, ce sont des infiltrations de petites cellules formant des amas fort mal limités prédominant dans la couche papillaire du derme, sans relations bien marquées ou bien constantes avec les follicules pilo-sébacés. Il n'y a pas à proprement parler de périfolliculite, il y a une dermite chronique diffuse aboutissant à l'atrophie des papilles, des follicules pileux et des glandes sébacées. On ne trouve guère autre chose dans le lupus érythémateux. Il n'est cependant pas possible de considérer les deux maladies comme identiques, attendu que la nature de l'une et de l'autre nous est encore parfaitement inconnue et qu'on n'a pas encore, à ma connaissance, observé leur coexistence sur le même sujet.

Au point de vue du traitement, l'ichtyol employé sous forme de pommade m'a paru donner quelques résultats. Chez le sujet de l'observation IV j'ai vu sous son influence l'infiltration et la saillie de la zone d'attaque disparaître complètement ainsi que les bouchons épider-

miques ; chez toutes les démangeaisons ont cessé.

Dans les observations II et III les résultats sont plus douteux ; enfin la malade de l'observation I n'a pas pu supporter l'ichtyol mais a spontanément accusé une amélioration notable par l'emploi d'une pommade soufrée.

MM. Ducrey et Stanziale font remarquer que tous les cas observés sont relatifs à des hommes; or, mes quatre malades étaient des femmes.

11

Je ne puis pas dire grand'chose de la deuxième forme de Brocq (acné décalvante de Lailler, folliculite dépilante de Quinquaud), je n'en ai jamais observé de cas bien net. Ducrey et Stanziale non plus. Son extrême ressemblance clinique avec certaines formes de favus est signalée par M. Brocq et il est des cas de favus sans godets formés par une simple rangée de folliculites entourant une plaque d'alopécie cicatricielle auxquels pourrait s'appliquer mot à mot la description de MM. Quinquaud, Lailler ou leurs élèves (1). J'ajoute que dans

<sup>(1)</sup> W. Dubreullh. Diagnostic de la teigne faveuse. Journal des maladies cutanées et syphilitiques, 1890, p. 152.

certaines observations publiées, on voit signalée la présence de bulles d'air dans la moelle des cheveux, ce fait rapproche ces cas du favus au point de rendre le diagnostic suspect.

#### III

La troisième forme de M. Brocq comprend, outre les cas qu'il a luimême cités ou rapportés (1), les observations publiées par Unna (2) et par Sack (3) sous le nom d'oulérythème sycosiforme, une observation publiée par M. Besnier et les observations I, II, III, et IV de Ducrey et Stanziale, enfin deux observations que j'ai publiées moimême sous la désignation peut-être erronée et certainement insuffisante de sycosis non parasitaire (4). Il s'agit là d'un type morbide très bien caractérisé et toutes les observations publiées présentent les plus grandes analogies; elles ne diffèrent guère que par la marche qui peut être plus ou moins lente, et par la cicatrice qui peut être mince et souple ou gaufrée et dure.

L'année dernière, à pareille époque, M. Arnozan vous a rapporté deux observations d'une folliculite dépilante siégeant aux membres inférieurs (1). On ne peut s'empêcher d'être frappé de l'analogie entre les cas de M. Arnozan et ceux que nous avons ici en vue. C'est la même infiltration périfolliculaire caractérisée par une élevure rouge foncé, surmontée d'une croûte et centrée par un poil, il n'y a que peu ou pas de suppuration, mais le poil tombe et n'est pas remplacé; aussitôt que le poil a disparu, l'élevure rouge s'affaisse et ne laisse d'autre trace qu'une cicatrice à la place du follicule. La maladie évolue lentement, de façon excentrique, en forme de grands cercles alopéciques irréguliers, entourés d'une bordure de folliculites. Il n'y a d'autres différences que celles qui tiennent à la région.

A la face où les follicules pileux se touchent presque, les lésions sont confluentes et laissent une nappe cicatricielle. Aux membres inférieurs où les poils sont largement espacés, les lésions sont distinctes et les cicatrices, isolées, sont séparées par de la peau saine.

L'alopécie atrophique ou cicatricielle de la barbe n'est pas moins tenace que les autres et elle est plus envahissante. J'avais cependant pu obtenir la guérison dans les deux cas précités. J'avais remarqué

<sup>(1)</sup> Brocq. Société médicale des hôpitaux, octobre 1888.

<sup>(2)</sup> UNNA. Ulerythema sycosiforme. Monatshefte für praktische Dermatol., 1889, II, p. 134.

<sup>(3)</sup> Arnold Sack. Ueber Ulerythema sycosiforme. Monatshefte für prakt. Dermat., 1891, II, 133.

<sup>(4)</sup> W. DUBREUILH. Deux cas de sycosis non parasitaire. Annales de la Policlinique de Bordeaux, juillet 1889, p. 113.

<sup>(1)</sup> ARNOZAN. Societé de dermatologie, avril 1892.

que si l'épilation faisait brusquement disparaître tous les phénomènes inflammatoires, la maladie récidivait dès que les poils de repousse atteignaient deux ou trois millimètres de long. J'ai alors conseillé à mes malades de se raser tous les jours, et les folliculites n'ont point reparu, du moins tant qu'ils se sont rasés régulièrement, car l'un et l'autre m'a fourni la contre-épreuve. S'il se négligeait pendant quelques jours et permettait aux poils d'acquérir une certaine longueur, les nodules inflammatoires circumpilaires reparaissaient, ce qui rendait l'usage du rasoir impossible. Il fallait recommencer l'épilation pour permettre la rasure. Grâce à ce procédé, usage quotidien et absolument régulier du rasoir, j'ai obtenu une guérison qui ne s'est

pas démentie depuis plusieurs années.

Cette dernière forme morbide paraît à première vue très différente de la première, et l'on serait tenté de l'en séparer complètement si l'on ne considérait que les symptômes cliniques. Mais, outre l'existence possible de formes de passage, les recherches de Ducrey et Stanziale ont montré que les lésions sont presque identiques dans les cas qui confinent au sycosis et dans ceux qui simulent la pelade. Mêmes lésions inflammatoires diffuses à prédominance périfolliculaire à peine appréciable, même terminaison par une atrophie complète des papilles, des follicules pileux, des glandes sébacées, voire même des glandes sudoripares, atrophie qui ne paraît pas justifiée par les phénomènes inflammatoires cliniquement constatés. Il est étrange de voir un sycosis trichophytique intense avec un gonflement énorme, une suppuration folliculaire abondante, guérir presque sans laisser de traces, alors qu'une lésion insidieuse comme celle qui nous occupe détermine, sans douleur, sans suppuration et même sans phénomènes inflammatoires appréciables, une destruction complète de tous les organes différenciés du derme.

En somme, ces deux formes morbides, assez voisines par les lésions anatomiques ont plus d'analogie avec le lupus érythémateux qu'avec aucune autre maladie.

Le nom d'acné ou de folliculite est erroné et ne répond pas à la réalité car il n'y a point de folliculite; celui de pseudo-pelade ne saurait être considéré comme une désignation définitive, c'est tout au plus un qualificatif, très expressif et très juste d'ailleurs. Celui de sycosis lupoïde pour l'affection de la barbe est également très bon, malgré les reproches qui lui ont été faits. Le meilleur nom et le plus juste est celui d'oulérythème proposé par Unna. Il y aurait donc un oulérythème pseudo-peladique et un oulérythème sycosiforme, mais je ne crois pas que ce nom d'oulérythème soit appelé à faire fortune en France.

# FAVUS DE L'HOMME, DE LA POULE ET DU CHIEN

Par Jean Sabrazès.

Je désire exposer succinctement devant vous le résultat des expériences que je poursuis, depuis plusieurs années, grâce à l'appui constant de mon maître, M. W. Dubreuilh, sur les champignons parasites du favus de l'homme et des animaux. Je présenterai pour affermir mes conclusions, un grand nombre de pièces justificatives, préparations microscopiques, dessins et aquarelles d'après nature, cultures variées, d'une valeur démonstrative plus importante, à mon avis, qu'une longue description.

Favus humain. — L'isolement du champignon a été pratiqué, dans 17 cas de teigne faveuse, soit en ensemençant les cheveux malades, par piqure, sur agar peptonisé, soit en faisant des plaques avec des dilutions de spores de godet, soit encore en semant directement sur gélose et en strie la semence recueillie dans la profondeur d'un godet. Ultérieurement, un doute s'élevait-il sur la pureté d'une culture, on

la faisait passer par une série de boîtes de Pétri.

Nous avons toujours cultivé un seul et même champignon dont l'inoculation a reproduit sur la peau humaine, et plus particulièrement sur celle de la femme, des godets typiques qui ont donné en retour des cultures pures du même parasite. Transportées sur la souris, ces cultures ont également fourni des godets dont nous avons fait des coupes et des rétrocultures. Ces dernières, par inoculation à la femme ont encore été suivies de l'apparition de godets, lesquels ensemencés à leur tour ont donné le champignon primitif. Celui-ci n'était modifie ni dans sa morphologie ni dans son évolution, ainsi que j'ai pu m'en assurer par des cultures parallèles sur un grand nombre de milieux, par l'étude, en cellule humide, de la germination des conidies et par des coupes en série, après inclusion dans la paraffine ou la celloïdine, des colonies de divers âges.

Cinq mois après avoir enlevé un godet d'inoculation nous avons pu obtenir sans difficulté des cultures pures en semant les spores de ce godet sur gélose, moût de bière, pomme de terre, etc. Ce fait, intéressant au point de vue de la prophylaxie du favus, montre que ce sont là des spores durables douées d'une vitalité supérieure à celle desspores de culture, qui au bout de deux mois environ, restent stériles.

Sur l'homme, l'inoculation n'aboutit parfois qu'à un développement incomplet et quasi-abortif du champignon qui est purement filamenteux, s'irradie autour de centres d'évolution, et se dispose en un mince réseau parallèlement aux lamelles cornées qu'il dissocie; ces lésions d'érythème circiné favique ressemblent beaucoup à des plaques de trichophytie.

Sur le lapin, on obtient des godets superficiels. Sur la crête des poules, l'inoculation est positive; elle se traduit par des verrucosités jaunâtres dans lesquelles le champignon a colonisé et envoie des faisceaux mycéliens normalement au corps muqueux. Sur le chien nos tentatives d'inoculation ont échoué.

Cet Achorion est le même que celui de MM. Kral (de Prague), Mibelli (de Cagliari), Plant (de Leipzig) ainsi que nous l'ont démontré des échanges réciproques. Nous lui conserverons le nom d'Achorion Schænleinii. Il a beaucoup d'analogie avec les Achorion atakton et dikroon de Unna (de Hambourg): les cultures de ce dernier auteur nous sont malheureusement arrivées impures.

Ce champignon se développe très bien à 25° comme à 37°; il ne pousse pas à la température de 13°; nous verrons que les parasites de

la poule et du chien poussent à cette température.

L'odeur de souris est un phénomène des plus contingents; les godets d'inoculation n'exhalent habituellement pas d'odeur de ce genre; dans les cultures on n'en perçoit pas davantage, sauf cependant sur certains milieux glycérinés, dans certains cas.

Au cours de ces recherches nous avons pu pratiquer plusieurs biopsies de godets du cuir chevelu. Voici la technique que nous recommandons.

Les pièces, après fixation par l'alcool absolu, sont colorées en masse au picro-carmin ou au carmin aluné, incluses dans la paraffine, coupées en série au microtome de Viallanes et, après collage suivant le procédé que nous avons préconisé ailleurs, colorées sur lame par la méthode de Weigert ainsi modifiée: la solution de violet de gentiane aniline doit être très concentrée et son action prolongée au delà d'une demi-heure; il est inutile et dangeureux de laver à l'eau salée; il faut décolorer lentement par l'huile d'aniline et la laisser se charger de matière colorante sans la remplacer trop hâtivement; il sera prudent enfin, d'éviter de secouer outre mesure les préparations si l'on veut conserver une bonne adhérence des coupes au porte-objet. On traite ainsi, sur une même lame, jusqu'à 40 coupes au centième de millimètre sur lesquelles une double et même, après le picro-carmin, une triple coloration remarquablement élective facilite l'étude de la topographie du parasite et des lésions histologiques qu'il détermine.

Ce champignon se décolore complètement par la méthode de Gram, aussi bien dans le godet que sur les coupes de culture; il en est de même des parasites de la poule et du chien et des champignons tri-

chophytiques que nous avons isolés.

Grâce à cette technique j'ai pu constater que les godets primitivement intra-folliculaires envahissent de proche en proche l'épiderme aussi bien latéralement que dans la profondeur et qu'à un stade avancé, lorsqu'ils sont devenus confluents, il pénètrent, en formant des irradiations touffues qui traversent perpendiculairement le corps muqueux, jusqu'au niveau des papilles, au voisinage des vaisseaux de cette région. Les cheveux sont envahis directement par le mycélium, le long des follicules.

Le substratum épidermique du godet subit, jusqu'au derme, un processus de nécrose de coagulation; les granulations qui-forment un fin piqueté entre les amas centraux de conidies et les filaments mycéliens périphériques ne sont pas des microcoques comme on l'a cru jusqu'à présent, mais des produits de désintégration cellulaire. Le godet est en effet presque toujours, les ensemencements le prouvent, une culture pure de l'Achorion Schoenleinii. Ce fait, sur lequel a récemment insisté M. Mibelli, se trouve donc vérifié.

Sur des séries de coupes très multipliées et très régulièrement orientées nous n'avons jamais vu des amas de spores isolées dans les tissus dermiques en dehors des follicules pileux. Le godet, à un stade avancé, dépasse, avons-nous dit, la membrane basale et s'enfonce jusqu'au sommet des papilles; mais il n'est représenté, dans sa pénétration intra-dermique, que par des filaments groupés en faisceaux longs et droits, filaments de nouvelle formation, non segmentés, équivalents aux irradiations périphériques des colonies sur milieux artificiels.

Cette technique s'applique aussi à l'étude des ongles faviques; la distribution du champignon répond à la description précise de Mibelli; nous avons observé en outre la présence de filaments mycéliens jusqu'à l'extrémité de la racine unguéale.

Nous recommandons l'inclusion à la paraffine pour l'examen des colonies de culture. Les coupes en série collées sur lame à l'aide d'une solution de gomme très claire et stérilisée seront montées dans la glycérine ou dans la gélatine glycérinée de Braun sans coloration préalable ou après l'éosine, ou bien dans le baume après coloration par la méthode de Weigert.

Favus des poules.—Les semences de cette teigne animale proviennent de l'Institut Pasteur. Elles ont été isolées par M. Duclaux sur des lésions de la crête; elles m'ont été apportés du laboratoire de bactériologie du Val-de-Grâce par M. le D' Vincent. J'ai moi-même isolé ce même champignon en semant sur plaques des débris squameux provenant d'un coq; ces squames ont été envoyées par M. le professeur Neumann de Toulouse à M. le D' Busquet.

De mes expériences, il résulte que cette teigne est un favus et que son parasite, l'Epidermophyton gallinæ-Mégnin, diffère essentielle-

ment au triple point de vue des inoculations, des cultures, de sa situation botanique, de l'Achorion Schoenleinii.

Les cultures s'inoculent facilement à la crête et au cou des poules sous la forme de colonies denses, d'aspect verruqueux, incluses dans des loges épidermiques ou autour des plumes, dans les follicules qui sont gonflés par cet épais feutrage de mycélium et de spores. Sur la souris (1) ces cultures donnent également des godets; ils sont de couleur grisâtre, exubérants, mamelonnés; ils évoluent très lentement. Sur les coupes des oreilles inoculées on voit le parasite former dans l'épiderme épaissi et mortifié des amas touffus de spores et de mycélium grêle qui pénètre dans la profondeur de la peau, s'enfonce dans le tissu cellulaire sous-cutané perpendiculairement, en gerbes de filaments minces qui atteignent et perforent le cartilage central de l'oreille. Les tissus sont détruits par un processus de nécrose de coagulation (2).

Ce parasite détermine sur la peau humaine de larges plaque érythémato-squameuses; le champignon végète en surface dans l'interstice des cellules cornées superficielles où il est très abondant et filamenteux. Nous n'avons jamais pu provoquer l'apparition d'un godet.

L'examen histologique des lésions obtenues sur la poule et sur la souris ne laisse aucun doute sur leur nature; il s'agit là d'un favus. Les cultures se différencient très nettement sur tous les milieux et avec une constance qui ne s'est pas encore démentie, de celles de l'Achorion Schænleinii. Elles se développent admirablement et très vite à la température de 13°. M. Costantin, maître de conférences à l'École normale supérieure, qui a bien voulu examiner mes préparations et mes cultures et faire de nouveaux semis, pense que ce champignon appartient au genre Bactridium; il se distingue de celui du favus humain par des caractères botaniques tranchés qui feront l'objet d'une note que nous publierons, M. Costantin et moi, dans un bref délai.

Favus du chien. — Les semences m'ont également été communiquées par M. le D<sup>r</sup> Vincent. Elles ont été isolées par M. Nocard en 1889. Je les ai, depuis 7 mois, observées sur un grand nombre de milieux, avant comme après mes inoculations aux animaux et à l'homme.

Les cultures sporulées ont produit, sur le chien, des godets confluents qui ont rapidement couvert toute la surface de l'oreille; ils étaient profondément infiltrés, masqués par une carapace de croûtes et de squames dégageant une odeur de vieux fromage fermenté. Les coupes microscopiques de ces lésions affirment leur nature favique. Les

Chaque souris, isolée dans un bocal fermé par un treillis de fil de fer, était placés dans la chambre à étuves.

<sup>(2)</sup> La technique que nous avons employée est celle que nous avons exposée plus haut; la méthode de Weigert est ici moins élective.

godets, encapsulés dans l'épaisseur d'un épiderme très exubérant, sont formés de spores arrondies ou ovalaires, d'un diamètre de 5 à 6  $\mu$ , distribuées en chaînes irrégulières, et de filaments fins se colorant assez difficilement par la méthode de Weigert ; l'épiderme est mortifié jusqu'aux assises inférieures du corps muqueux : le processus destructif relève de la nécrose de coagulation.

Sur la souris, l'inoculation des cultures au niveau de l'oreille crée un favus à marche rapide, à caractère perforant, de couleur jaune clair avec des reflets rougeâtres. La malignité de ce favus sur ce rongeur ne le cède en rien à celle du favus humain transmis à la souris. La tête est ravagée par des plaques térébrantes et à bords saillants, progressivement destructives qui amènent la nécrose des os de la face et du crâne. Sur nos préparations on voit que ces lésions sont constituées par un feutrage de mycélium et de spores dont la disposition est comparable de tout point à ce que nous avons dit des lésions du chien; les tissus se mortifient graduellement au contact du parasite; l'épiderme très hypertrophié sur les bords de la colonie mycosique, surélevé en talus, est lui-même bientôt envahi et mortifié à son tour; le parasite creuse et s'étend en surface sans cependant se généraliser et engendrer des lésions viscérales, du moins dans le cas que nous avons étudié.

Pendant qu'il colonise sur la souris ce champignon ne perd pas son individualité; les cultures répétées le reproduisent toujours identique à lui-même, c'est-à-dire différent d'emblée de l'achorion humain cultivé après ce même passage.

L'inoculation à la poule a été négative.

Sur la peau de l'homme et de la femme l'inoculation a été pratiquée 9 fois; dans huit cas, elle a provoqué l'apparition de plaques d'érythème circiné favique qui guérissaient spontanément; les squames, traitées par la potasse à 40/100, sont sillonnées de longs filaments mycéliens tres ramifiés et très enchevêtrés. Dans un cas cependant, après un passage sur la souris, l'inoculation du favus du chien sur la peau humaine a été suivie de la production d'une plaque de godets typiques. Les coupes microscopiques de l'un de ces godets y montrent de longues chaînes de spores ovalaires et un treillis de filaments, disposés en faisceaux droits dans la profondeur de l'épiderme, se colorant plus difficilement par la méthode de Weigert que l'Achorion Schænleinii; les rétrocultures sur tous les milieux reproduisent le parasite primitif sans modifications morphologiques ni biologiques appréciables. Il se différencie avec la plus grande facilité de l'achorion Schœnleinii cultivé parallèlement dans des conditions scrupuleusement égales et conserve ses caractères différentiels avec une telle fixité qu'on ne saurait les considérer comme de simples modalités accidentelles de l'aspect des cultu

ap

di

PA

de

m

cr

te

m

го

po

me

lée

pr

dil

rei

pre

tuc

gn

his

ble

tures. Sur agar peptonisé à 1/100, il se développe, à 37°, 24 heures après l'ensemencement se pigmente très vite, brusquement pour ainsi dire, en un rouge intense qui se diffuse dans le substratum nutritif, se recouvre d'un mycélium aérien court et serré, çà et là finement poudré de blanc. Dès le 3° jour, il se forme dans les parties profon des et pigmentées de la culture des chaînes longues et peu ramifiées de conidies criblées de granulations d'un brun jaunâtre, fréquemment bicellulaires au début, mesurant de 4 à 8 µ.

Ce champignon liquéfie très lentement la gélatine qui prend une teinte brune; il adhère aux parois du tube; il y forme des dépôts membraneux duveteux et d'un blanc pur sur leur face libre, d'un rouge couleur de rouille sur leur face adhérente. Sur pomme de terre, il fait des massifs confluents, acuminés et brunâtres, parfois livides aux points culminants, circonscrits par une zone duveteuse d'un blanc argenté. La végétation s'étend beaucoup en surface; à son pourtour la pomme de terre est d'un brun rougeâtre; au-dessous des colonies enlevées par le raclage, elle apparaît rouge sombre. Dans le moût de bière les colonies forment une membrane saillante et ondu-lée, tapissée par un gazon blanc de neige de fin duvet aérien. La face profonde est tachée de rouge sombre. La végétation adhère aux parois.

Dans le lait, la culture se fixe également sur les parois du vase et, dans les flacons à fond plat de Gayon, se présente comme un piqueté rouge très caractéristique rappelant les éruptions de purpura.

Le bouillon peptonisé et l'eau de levûre se prêtent moins bien à la différenciation objective.

Ce champignon pousse à la température de 13°.

Ces caractères, tirés de l'examen des cultures, nous les avons notés constamment, que le parasite ait été isolé des lésions du chien, de la souris, de l'homme. M. Kral (de Prague) dont on connaît les remarquables travaux sur le favus, a bien voulu s'intéresser à cette étude, cultiver de son côté les semences de ce parasite sur divers milieux et témoigner, suivant sa propre expression, de leur rigoureuse pureté. M. Costantin nous a fait l'honneur d'étudier sur nos préparations et dans nos cultures, comparativement avec l'Achorion Schænleinii, ce champignon du favus du chien avant et après les inoculations. Il pense qu'il se différencie des parasites de l'homme et de la poule; ces caractères différentiels sont d'ailleurs encore à l'étude, et feront l'objet d'une communication ultérieure; ce champignon serait, d'après cet éminent mycologue, un oospora.

En résumé, ces trois parasites du favus paraissent être différents. Ils produisent sur la souris cependant des lésions objectivement et histologiquement analogues mais inégalement malignes; ils ne semblent pas perdre leur individualité en passant par ce rongeur. Chez l'homme, des godets obtenus par inoculation de l'Achorion Schœnleinii d'une part et du champignon du favus du chien d'autre part, la culture isole les parasites originels qui sont différents d'emblée sur tous les milieux et se sont perpétués jusqu'à présent en gardant leurs caractères distinctifs. L'expérience semble donc nous contraindre à admettre la pluralité des champignons du favus humain bien que, cliniquement, dans nos 17 cas de favus, nous ayons cultivé un seul et même parasite. L'avenir nous réserve peut-être des surprises à cet égard.

M. Unna (de Hambourg), plus heureux que nous aurait déjà pu différencier un grand nombre de champignons parasites du favus humain; dans son mémoire le plus récent sur la question (1), il en décrit 19, et il déclare que la liste n'est pas close des espèces du genre Achorion. La lecture de ce travail ne nous a pas convaincu. Unna y considère en effet comme différents des champignons que nous savons être identiques pour les avoir cultivés, tels ceux de Kral et de Plaut et celui de Mibelli. Nous pensons d'ailleurs qu'il est hasardeux de tabler exclusivement sur les caractères des cultures, surtout lorsqu'on n'emploie qu'un petit nombre de milieux, pour justifier la création d'espèces nouvelles; il est indispensable de poursuivre l'étude de ces champignons à travers leurs inoculations parallèles à l'homme et aux animaux, de les placer dans des conditions de terrain, de température, d'humidité exactement semblables et de prolonger leur observation avant de conclure.

qı

ch

si

de

to

av

D

sa

et d'i

dé

Di

<sup>(1)</sup> Neebe und Unna Definition der Gattung Achorion und Schlüssel zur Bestimmung der Arten derselben. Monatshifte für prakt. Dermat. nos 1 et 2, 1893. Centralblatt für Bakteriologie und Parasitenkunde, Bd XIII, no 1 (janvier 1893).

#### DE LA

# VALEUR DU TRAITEMENT ABORTIF DES BUBONS

### PAR LA MÉTHODE DE WELANDER

Par MM. A. Brousse, agrégé, chargé du cours de clinique dermatologique à la Faculté de Montpellier, et P. Bothezat, interne des hôpitaux.

Un des plus grands ennuis du chancre mou est assurément le bubon qui vient assez souvent le compliquer.

Ce bubon, considéré pendant longtemps comme presque toujours chancrelleux, est, depuis les travaux de Straus, plutôt regardé comme simplement inflammatoire; l'application de l'antisepsie au traitement de ces bubons suppurés en a considérablement activé la guérison et diminué notablement leur transformation virulente.

Néanmoins le bubon suppuré constitue une complication des plus désagréables, douloureuse, exigeant le repos au lit, une opération toujours pénible, etc. Il eût été donc très utile d'arriver à les faire avorter.

Plusieurs tentatives avaient été faites dans ce sens par les anciens auteurs: teinture d'iode, onguent napolitain, vésicatoire volant de Diday, etc. Il y a deux ans (1891) (1), Welander, de Stockholm, pensant que la plupart des bubons étaient dus à l'infiltration par la plaie et les voies lymphatiques des microbes de la suppuration, eut l'idée d'arrêter le processus par l'injection dans le bubon commençant et le tissu périadénique d'une solution de benzoate de mercure à 1 0/0 d'après la formule:

Benzoate de mercure	 1 gr.
NaCl	 0 gr. 30
Ean distillée	100 or

On injectait 1 c.c. (un centimètre cube) de cette solution et on faisait ensuite un pansement compressif. Il notait le jour même des douleurs assez vives; les jours suivants, gonflement des parties, puis dégonflement et résolution s'opérant dans un délai de trois semaines.

Welander, dans son dernier mémoire publié dans les Archiw für Dermatologie und Syphiligraphie de Berlin, arrive aux conclusions suivantes:

<sup>(1)</sup> Communic. à la Société française de dermatologie, 12 février 1891.

1º Si le bubon est virulent, une injection de benzoate ne peut pas empêcher son développement, il suppure.

2º Si la fluctuation est prononcée, la peau amincie et rouge bleu, l'injection ne peut être utile qu'en ce sens que l'infiltration disparaît plus rapidement, mais en général il faut ouvrir le bubon.

3° S'il y a une fluctuation assez marquée, mais que la peau, quoique rouge, soit encore épaisse et saine, il est probable qu'en faisant une injection dans les parties avoisinantes infiltrées du bubon (50 0/0 des cas), il ne sera pas nécessaire de recourir à l'incision.

4° S'il n'existe pas de fluctuation insignifiante, il est extrêmement probable (90 0/0 des cas), que quand même pendant quelques jours, la fluctuation serait sensible et que même pendant deux jours quelques gouttes de pus pourraient s'échapper de la piqûre, le bubon disparaîtra sans laisser dans la peau la plus légère cicatrice.

Dans le courant de 1892, le D' Loetnik, d'Odessa, a essayé le traitement de Welander et il aurait obtenu un résultat favorable dans 87 0/0 des cas sur 140 malades. Le modus faciendi est le même que celui de Welander. Les phénomènes observés sont, outre la douleur persistant plusieurs heures, en même temps quelques symptômes généraux (céphalalgie, température élevée de 1° et même plus). Localement, signes de réaction inflammatoire, puis résolution du bubon dans l'espace de 8 jours en moyenne.

Habituellement une seule injection suffirait ; ce n'est qu'exceptionnellement que l'auteur a pratiqué une deuxième injection 8 jours après la première. En outre Loetnik a trouvé que les résultats obtenus avec le benzoate peuvent s'obtenir avec tout sel de mercure soluble à la même dose (v. Semaine médicale, 13 juillet 92.)

Les résultats publiés étaient donc très encourageants, aussi avonsnous essayé la méthode de Welander à la clinique de Montpellier, où les chancres mous ne sont pas rares et les bubons assez fréquents.

Nous n'avons pas traité indistinctement par cette méthode tous les individus présentant un ganglion avec un commencement d'inflammation; nous avons fait un choix et nous n'avons pris que ceux chez lesquels la douleur, l'inflammation et la grosseur du ganglion atteint nous montraient bien qu'il y avait menace de suppuration. Nous nous mettons donc à l'abri de l'objection qu'on aurait pu nous faire et que nous faisons à Welander et Loetnik, d'avoir traité ainsi toutes les adénites au début et de ne pouvoir déterminer de la sorte si c'est bien le traitement qui a fait avorter le bubon ou si cette rétrocession s'est faite, comme il arrive dans la majorité des cas, par un processus naturel d'évolution des bubons.

Nous n'avons pas traité non plus les individus qui avaient déjà un commencement de suppuration. En sorte que le traitement a été appliqué à un nombre restreint de cas (dix en tout) depuis août 1892

jusqu'à mars 1893 les résultats que nous donnons sont forcément incomplets et ne sauraient conduire à des conclusions absolument définitives.

Quoi qu'il en soit, nous avons cru intéressant de communiquer ces résultats.

Nous avons employé la solution recommandée par Welander; après aseptisation de la région (rasage, lavage au savon, à l'éther et au sublimé), des instruments et des mains, les cas étant choisis comme nous l'avons indiqué plus haut, on injectait une demi-seringue de la solution dans chaque extrémité du ganglion, on appliquait ensuite une compresse au sublimé et un bandage compressif soit avec de la ouate, soit avec une bande de caoutchouc, de préférence avec cette dernière, car elle produit une compression égale, régulière et tolérable.

Sur dix cas ainsi traités, nous avons eu un seul succès; chez tous les autres, l'évolution vers la purulence a continué et nous avons été obligés d'inciser le bubon.

Pour le seul succès obtenu, on peut bien avoir des doutes : c'est le seul cas sur lequel nous ayons essayé le traitement tout à fait au début et, comme nous l'avons déjà dit, la rétrocession du processus inflammatoire se fait dans beaucoup de bubons tout naturellement, et en somme c'est le plus petit nombre qui suppure.

Welander dans ces essais n'a obtenu des succès que pour les bubons non virulents; parmi nos dix cas, il n'y en a eu qu'un seul qui soit devenu chancrelleux; nous étions donc dans toutes les conditions indiquées par l'auteur de la méthode comme assurant son succès et, malgré ce, nous n'avons pu arrêter la suppuration de ces bubons, et nos malades n'ont retiré aucun bénéfice de cette intervention; au contraire, nous avons observé constamment une réaction locale et surtout générale des plus énergiques. Ce fait, passé sous silence par Welander et signalé par Loetnik, s'est montré absolument constant.

Chez tous nos malades l'injection a été suivie d'un état de malaise très prononcé, ils se plaignaient de céphalalgie, de nausées, un a même vomi, la température s'est élevée jusqu'à 38° et même deux fois à 39°,5; les malades étaient très abattus et chez l'un d'entre eux, auquel nous avons fait deux injections à 8 jours d'intervalle, elles ont provoqué chaque fois une veritable maladie.

Il est vrai, ces phénomènes disparaissaient dès le lendemain, chez un seul ils ont duré 3 jours; quoi qu'il en soit, ils étaient assez intenses pour inquiéter de prime abord.

A quoi pouvaient-ils être dus? Était-ce de l'infection par l'aiguille de la seringue. C'est peu probable; nous nous sommes entourés de soins antiseptiques minutieux, et quoique l'on ne soit pas toujours absolument sûr de son antisepsie, nous croyons n'avoir rien à nous reprocher de ce côté-là.

Était-ce une intoxication? Nous ne le pensons pas. On fait dans le service des injections mercurielles insolubles autrement toxiques que le benzoate et nous n'avons jamais noté des accidents généraux sérieux.

On peut croire plutôt qu'il s'est fait là une infection, mais une infection ne venant pas du dehors; la piqûre de l'aiguille produit une plaie dans la paroi interne du bubon et ouvre ainsi une porte d'entrée aux microbes déjà contenus dans le ganglion; ou bien il y a eu, par suite de l'injection du benzoate une diminution de vitalité des phagocytes qui ont laissé passer ainsi dans le sang ces mêmes microbes.

Comme conclusions, nous dirons que : l'injection de benzoate de mercure comme traitement abortif des bubons n'a pas la valeur que lui ont attribuée Welander et Loetnik; que cette méthode n'est pas absolument inoffensive; que les réactions qu'elle provoque sont souvent considérables, et on peut se demander si dans certaines conditions elles ne pourraient être dangereuses.

Nous n'avons pu noter non plus ce fait signalé par Welander que, même si la suppuration n'a pu être évitée, l'injection de benzoate l'atténue et rend la guérison du bubon plus rapide.

Obs. I. — M..., salle Ricord, 20, entré le 13 août 1892. — Chancre mou du gland, adénite non suppurée. Traitement par la méthode de Welander. Insuccès.

Chancre mou depuis 20 jours. Bubon inguinal droit depuis 15 jours.

14 août. Bubon gros comme œuf de dinde, pas de fluctuation. Sensation de dureté au toucher, se circonscrit facilement. On fait une injection de Welander. Réaction vive, douleurs intenses. Température, soir, 37°,8.

Le 16. La douleur a disparu. Gonslement moindre, ganglion diminué de volume, indolore au toucher. Pas de fluctuation, pansement compressif, repos au lit. T. 37°,1.

Le 17. Bubon affaissé, ramollissement au centre avec légère fluctuation en ce point qui est douloureux au toucher, pansement compressif.

Le 18. Nouvelle injection de benzoate de mercure, suivie de compression. Le 19. Pas d'amélioration; réaction moins vive que la première fois. Apyrexie.

Le 20. Fluctuation augmente, peau rouge enflammée. Pansement humide au sublimé et compression.

Le 21. Ouverture du bubon, il s'écoule une grande quantité de pus. Grattage de la cavité du bubon avec la curette. Lavage au sublimé et pansement iodoformé que l'on continue jusqu'à la fin.

10 septembre. Guérison complète.

Obs. II. — C..., Jean, salle Ricord, 28, entré le 12 novembre 1892. — Bubon non suppuré dans la région inguinale droite. Traitement de Welander. Insuccès.

Bubon consécutif à un chancre mou, gros comme œuf de poule, non suppuré, non douloureux, peau saine. On fait le même jour une injection de benzoate de mercure. Symptômes généraux assez marqués, douleur locale peu vive.

Bubon continue à évoluer, il suppure, on l'incise.

### OBS. III. - Même malade.

Le ganglion du côté gauche s'enflamme à son tour. Traitement de Welander. L'injection est suivie des mêmes phénomènes que précédemment. Même insuccès.

Obs. IV. — C..., Antoine, salle Ricord, 28, entré le 12 novembre 1892. — Chancre mou du gland. Adénite non suppurée du pli inguinal gauche. Injection de Welander. Guérison.

Chancre mou datant de 25 jours. Bubon 15 jours avant l'entrée du malade à l'hôpital. A l'entrée, le bubon a la grosseur d'une noix; on lui fait un Welander. Réaction locale très douloureuse.

13 novembre. Douleur locale persiste, en plus anorexie, embarras gastrique.

Le 14. Même état; on prescrit un purgatif.

1er décembre. Malade est guéri. Le bubon n'a pas suppuré.

Obs. V. — Pierre G..., salle Ricord, 21, entré le 1er mars 1893. — Chancre mou. Bubon. Traitement de Welander. Résultat négatif. Suppuration, incision.

Chancre mou depuis 5 jours, bubon à droite gros comme une noix, douloureux, non fluctuant, peau rouge.

Même jour une injection de Welander, douleur intense, phénomènes généraux très marqués.

2-3-4 mars. Évolution du bubon continue. Le malade a de la fièvre, de l'inappétence.

Le 7. Incision du bubon. Actuellement, plaie se cicatrise bien.

Obs. VI. — Maurice A..., salle Chopart, 30. Entré le 24 janvier 1893. — Chancre mou. Bubon. Traitement de Welander. Résultat négatif. Incision.

Le bubon date de 4 jours, gros comme une noix. Ganglion mobile encore, masse périadénique peu développée. On fait une injection de benzoate de mercure. Symptômes généraux très marqués. Douleur locale très forte.

26 janvier. Bubon continue évolution. Peau devient rouge.

Le 29. Fluctuation très nette. On incise. Guérison rapide.

Obs. VII. — Jean B..., salle Ricord, 16. Entré le 3 décembre 1892. —
Chancre mou, bubon. Deux injections de Welander. Résultat négatif
Incision du bubon. Chancrellisation de la plaie.

Chancre mou depuis le 12 décembre. Le bubon date du 31 décembre, il a le volume d'une amande. On y applique un emplâtre de Vigo. Bubon augmente toujours.

3 janvier 1893. On fait une injection de benzoate de mercure, qui est suivie d'une douleur locale très forte. Le soir, T. 39°. Le malade se sent mal à l'aise, il a de très fortes céphalées, des nausées et vomit même.

Le 4. Douleur locale et état général mauvais persistent.

Le 5. Bubon continue à augmenter. État général s'améliore.

Le 10. On fait une nouvelle injection de benzoate qui est suivie de la même réaction que précédemment. On continue les pansements compressifs.

Le 12. Bubon augmente toujours, il est très douloureux, peau rouge, enflammée.

Le 15. On incise bubon, il s'en écoule une grande quantité de pus entraînant des filaments de tissu cellulaire sphacelé. On fait un pansement iodoformé.

Le 20. Plaie du bubon devient chancrelleuse, on touche à l'acide phénique au dixième.

Le 22. Même traitement. Il y a inoculation au voisinage de la plaie. 26 janvier à 15 mars. Même état. Même traitement.

Le 23. Guérison.

Obs. VIII. — Pierre L..., salle Ricord, 20. Entré le 2 mars 1893. — Chancre mou. Bubon. Traitement de Welander. Résultat négatif. Incision du bubon.

Bubon à la région inguinale droite. Le bubon n'est pas fluctuant. Peau qui le recouvre saine.

qui le recouvre saine. 3 mars. Injection de Welander. Réaction forte. Malaise intense. Temp.

soir, 38°,5.

Le 4. T. 37°,5. Bubon augmente, gros comme œuf de poule, très dou-

Le 5. Évolution du bubon continue. Symptômes généraux disparus.

Le 6. Même état.

Le 7. Incision du bubon. Pansement iodoformé.

Obs. IX. — César G..., salle Ricord, 22. Entré le 25 février 1893. — Chancre mou, bubon. Traitement de Welander. Résultat nul. Incision du bubon.

Chancre mou depuis 15 jours. A droite un bubon non fluctuant, peau saine. On fait un Welander le même jour. Symptômes généraux très marqués. Nausées, vertiges, malaises. T. 39°,2

26 février. T. 370,8. État général meilleur. Bubon stationnaire.

7

Oi

O

à

de

ra

Le 27. T. 37°. État général normal. Bubon grossit.

Le 28. Bubon continue son évolution. Fluctuation très nette.

1er mars. Bubon très gros, douloureux, fluctuant, peau rouge, amincie. On incise. Beaucoup de pus. Pansement iodoformé.

Obs. X. — Louis B..., salle Chopart, 37. Entré le 17 février 1893. — Chancre mou du prépuce. Adénite non suppurée. Traitement de Welander. Résultat négaiif. Incision du bubon.

Bubon consécutif à un chancre mou non guéri encore. Le bubon siège à droite, il a le volume d'une noix, fluctuation vague, peau saine. On sent très bien le ganglion entouré d'une masse périadénique. On injecte une demi-seringue de benzoate dans chaque extrémité du ganglion.

Douleur locale assez vive, au moment même pas de symptômes généraux. Le soir, malaise, céphalée. T. 38°.2.

18 février. T. 37°,8. Symptômes généraux moins marqués.

Le 19. T. 37°,2. Bubon augmenté de volume, fluctuation plus nette.

Le 20. T. 38°,2, matin. 39°, soir. Malaise, nausées. Bubon gros comme œuf de poule, nettement fluctuant.

Le 21. Incision du bubon, pus en masse, verdâtre, visqueux.

Les 22-29. Pansements iodoformés.

Guérison dans les premiers jours de mars.

# NOUVEAU CAS DE RÉINFECTION SYPHILITIQUE.

### Par MM. Diday et Doyon

Il est une question pathogénique d'ordre supérieur dont certains détails de cette observation paraissent de nature à préparer la solution. Pourquoi la réinfection est-elle un fait exceptionnel? Pourquoi, en d'autres termes, un ex-syphilitique tantôt se réinfecte-t-il, tantôt ne se réinfecte-t-il pas? Sans doute il aura d'autant plus de chance de l'être que le moment où il s'exposera à nouveau sera plus éloigné de l'époque de sa première syphilis, puisque l'immunité que celle-ci avait créée, a eu plus de temps pour s'épuiser.

Mais il y a un autre facteur.

Si Pellizzari réussit le premier à inoculer le sang de syphilitique, c'est qu'il procéda autrement que ses devanciers; c'est que tandis qu'ils s'étaient bornés à inoculer à la lancette, il maintint pendant un jour à la surface dénudée de son expérimenté de la charpie imbibée de sang de syphilitique, charpie qu'il réimbiba à plusieurs reprises.

De même dans notre observation, les confidences précises du client montrent que l'inoculation, conduite de main de maître, a été faite sur lui dans les conditions de l'expérimentation la plus intensive, on peut dire la plus acharnée, et réitérée à trois reprises, à breſs intervalles.

Mais ce n'est pas tout encore. Il est dès longtemps établi que la vaccination réalise d'autant mieux son effet — disons, pour être dans les termes de la comparaison, réalise d'autant mieux l'infection préservatrice — qu'on a multiplié les pustules d'inoculation, qu'on y a même ajouté le procédé de la survaccination. A ce point de vue, notre client (qui, en y prenant peine, s'est procuré deux chancres primitifs pareils de source, contemporains d'origine) n'a-t-il pas physiologiquement mérité ce qu'il a obtenu, savoir une seconde vérole contractée trois ans seulement après la première?

M. X..., âgé de 30 ans, étant à Mexico en 1886, eut, 20 jours après un coît, une ulcération du reslet balano-préputial à droite, laquelle.peu après, s'accompagna d'adénopathie indolente du même côté. Très inquiet, il consulta successivement quatre médecins, MM. les D<sup>rs</sup> Licéaga et Lavista, médecins des hôpitaux, Veleszuela qui a étudié longtemps à Paris, et Penasiel, qui a étudié à Berlin (M. Liceaga a été délégué au Congrès de Berlin). Ces quatre confrères surent unanimes à diagnostiquer un chancre syphilitique.

Un mois environ après, dit le malade, il eut une éruption croûteuse du cuir chevelu avec engorgement des ganglions sous-occipitaux, puis des plaques muqueuses amygdaliennes et péri-uvulaires, qui récidivèrent à plusieurs reprises. L'invasion de cette poussée secondaire typique, — et jugée telle par les mêmes docteurs, — eut pour concomitants de la céphalalgie, des courbatures, de l'abattement, de l'amaigrissement, et plus tard

une alopécie, partielle et temporaire. Le malade fut mis à un traitement mercuriel qu'il n'interrompit qu'au bout de 15 mois, ayant eu, à cette époque, une fièvre typhoïde.

En 1888, se trouvant à Paris, M. X..., quoique alors exempt d'accidents spécifiques, alla consulter Fournier qui lui conseilla de continuer un traitement par des pilules de bichlorure de mercure; et Ricord qui se borna à l'envoyer faire une saison à Luchon; ce qu'il exécuta.

Mais notre client n'était pas venu à Paris uniquement pour consulter. Trois fois en une semaine, il eut des rapports sexuels, rapports de la bouche avec sa région ano-génitale. Notons que, à ce moment, il n'avait pas eu d'accidents syphilitiques depuis deux ans, quoique ayant, depuis la même date, cessé tout traitement spécifique.

Ceci se passait en novembre 1889. Quinze jours environ après, il se déclara une ulcération à l'anus, et au bout de 5 ou 6 jours, une autre sur le reflet balano-préputial, mais du côté gauche cette fois, plus près du fourreau, à deux centimètres environ du siège du chancre de 1886.

Huit ou dix jours après leur apparition, il montra ces ulcères au professeur Potain, à Mauriac et au Dr Valmont qui diagnostiquèrent des chancres indurés. (Le malade ne peut préciser si, à cette époque, il y eut une adénopathie inguinale.) Mauriac ordonna un traitement par les frictions. Consulté à la même date, Fournier, dit notre malade, se serait d'abord vu les antécédents, prononcé pour des lésions tertiaires et prescrivit un traitement mixte par le proto-iodure de mercure et l'iodure de potassium.

Quinze ou dix-huit jours environ après ces consultations, il se déclara une éruption roséolique de l'abdomen, des bras et des jambes, notamment au-dessous du jarret droit une large plaque un peu cuivrée. Au bout d'un mois, plaques muqueuses amygdaliennes; puis deux mois après, un ecthyma peu développé à la lèvre supérieure, lésion qui, bien soignée localement, ne dura que dix à douze jours. — En avril 1890, éruption à la face et au cou de taches cuivrées que Fournier et Ernest Besnier diagnosquèrent de nature syphilitique.

Depuis ses chancres contractés en novembre 1889, M. X..., a presque continuellement pris quelques spécifiques, du sirop de Gibert, du protoiodure de mercure, de l'iodure de potassium. Il a fait une saison à Bagnères-de-Luchon et une à Uriage, stations dans lesquelles on l'a traité par des frictions.

Aujourd'hui, 2 avril 1893, M. X... est, depuis 18 mois, exempt d'accidents syphilitiques.

Ainsi que pour toutes les observations de ce genre, le narrateur, selon nous, doit s'en tenir au fidèle et scrupuleux exposé du point de fait, dont il appartient au lecteur d'apprécier la signification.

Faisons seulement remarquer l'absence de la roséole lors de la première imprégnation, et son apparition au moment usuel, lors de la seconde.

Cette distribution comme réglée des accidents n'est-elle qu'un fait fortuit? En tout cas, elle n'est point un fait nouveau.

Déjà témoin, dans des circonstances analogues, de syphilis ainsi réparties, l'un de nous les avait jadis baptisées du nom de véroles en deux livraisons.

# SOCIÉTÉ FRANÇAISE DE DERMATOLOGIE ET DE SYPHILIGRAPHIE

# SÉANCE DU 6 AVRIL 1893.

#### PRÉSIDENCE DE M. LAILLER

SOMMAIRE: Correspondance imprimée. — Élections du bureau. — Deuxième note sur un cas de mycosis d'emblée compliqué de gangrène massive avec dénudation du squelette, par MM. HALLOPEAU et JEANSELME. (Discussion: M. E. BESNIER.) — Deux observations de suppuration en trajet canaliculaire le long du raphé médian du pénis et du scrotum, par MM. BALZER et SOUPLET. — Recherches bactériologiques et chimiques sur la pathogénie de l'orchite blennorrhagique, par MM. ERAUD et HUGOUNENQ. (Discussion: MM. W. DUBREUILH, BARTHÉLEMY. — Remarques sur l'évolution, la pathogénie et le traitement du clou de Biskra, par M. MOTY. — Observation de pelade et de vitiligo, par M. DUBREUILH (Discussion: MM. BARTHÉLEMY, MOTY, MOREL-LAVALLÉE, A. MATHIEU, HALLOPEAU.) — Observation d'angiokératome, par M. DUBREUILH. — Critique anatomique de quelques kératonoses, par M. AUDRY. — Sur l'angiokératome, par M. AUDRY. (Discussion: M. W. DUBREUILH.) — Élections de membres titulaires et de membres correspondants.

La correspondance imprimée comprend :

1º Plusieurs brochures de M. RADCLIFFE CROCKER et un exemplaire de son Traité des maladies de la peau.

2º Plusieurs brochures de M. P. ARCHAMBAULT.

### Élections pour l'année 1893-1894.

Les élections pour le renouvellement du Bureau des secrétaires et du Comité de Direction donnent les résultats suivants :

Président honoraire : M. LAILLER.

Président : M. VIDAL.

Vice-présidents: MM. Ernest Besnier, A. Fournier, Rollet (de Lyon).

Secrétaire général: M. HALLOPEAU.

Secrétaires des séances: MM. Feulard, Jacquet, Albert Mathieu, Verchère (de Paris), W. Dubreuilh (de Bordeaux), Perrix (de Marseille).

Membres du comité de direction : MM. Balzer, Gaucher, Le Pileur, C. Mauriac.

Deuxième note sur un cas de mycosis fongoïde d'emblée, compliqué de gangrène massive avec dénudation du squelette.

Par H. HALLOPEAU.

Depuis que nous avons eu l'honneur, dans la séance du 8 décembre dernier, de présenter, avec M. Phulpin, cette malade à la Société, la néoplasie ulcéreuse qui occupe chez elle la moitié droite du crâne a continué à s'étendre par progression excentrique de son bourrelet périphérique; ses deux grands diamètres, qui étaient, à cette époque, de 16 et 12 centimètres, en mesurent actuellement 22 et 16.

Ce bourrelet continue à présenter les caractères que nous lui avons reconnus précédemment et qui nous paraissent appartenir en propre à cette néoplasie ; ce sont toujours la régularité de sa surface convexe, la netteté avec laquelle il se détache des parties qui l'entourent, son renversement par places en dehors, et la destruction graduelle, par sphacèle, de sa partie interne, destruction qui a pour résultat de lui conserver la même épaisseur et l'aspect d'un bourrelet malgré son extension constante.

Il a envahi l'oreille; la partie supérieure du pavillon est à moitié détruite; ce qui en reste est renversé en dehors; le conduit auditif est intéressé.

L'œil est menacé; dans le but d'empêcher la lésion de s'étendre dans cette direction, nous avons prié M. Richelot d'en pratiquer l'ablation dans cette région; le 25 février, notre collègue a réséqué le bourrelet, au voisinage de l'orbite, sur une longueur de 10 centimètres. Les résultats de cette opération ont paru d'abord satisfaisants: alors que, sur toutes les autres parties de la lésion, la progression excentrique continuait à s'accomplir, elle est restée nulle, pendant près d'un mois, au niveau du segment réséqué; cependant on n'y voyait pas se former de tissu de cicatrice; depuis huit jours, la situation s'est modifiée; un bourrelet saillant s'est de nouveau développé dans une partie de ce segment; déjà, il se renverse en dehors et il s'avance, précédé par l'aréole érythémateuse, vers l'angle de l'orbite; l'œil est donc de nouveau gravement menacé et tout fait prévoir que d'ici à peu de temps il sera à son tour envahi par cette ulcération dont la marche progressive résiste à toutes les médications.

La vaste surface ulcérée que circonscrit le bourrelet continue à présenter, dans la plus grande partie de son étendue, une coloration rouge qui lui donne l'aspect d'une membrane de bourgeons charnus; mais ce n'est là qu'une apparence; ce tissu n'est pas un produit d'inflammation banale, il a des caractères qui lui appartiennent en propre. Il faut mentionner en première ligne sa tendance constante à se sphacéler: en dehors des eschares du bourrelet périphérique, il continue à se produire incessamment des îlots de gangrène sur la surface ulcérée; ils s'éliminent en totalité ou en partie; c'est ainsi que l'étendue de la surface dénudée du squelette s'est notablement agrandie: alors que, lors de notre première présentation, ses dimensions étaient comparées à celles d'une amande, elles atteignent aujourd'hui 10 centimètres sur 5.

Une autre particularité importante distingue cette surface d'une membrane de bourgeons charnus. En la regardant attentivement, on y distingue un certain nombre de saillies: les unes atteignent le volume d'un petit haricot, d'autres sont miliaires, rondes, translucides; elles se détachent nettement des parties voisines; les unes et les autres sont de consistance ferme; les plus volumineuses paraissent être formées par l'agglomération des plus petites; celles-ci constituent, selon toute vraisemblance, les nodules élémentaires du mycosis se présentant directement à l'observation; elles sont en tout point comparables aux granulations tuberculeuses; leur présence n'avait pas encore, à notre connaissance, été signalée.

La plaque érythémateuse décrite antérieurement sur la moitié droite du front s'est un peu modifiée dans ces derniers temps; elle s'est augmentée; elle mesure aujourd'hui 4 centimètres verticalement sur 2 1/2 transversalement; le derme y est infiltré; l'épiderme y est soulevé par plusieurs collections purulentes miliaires.

plusieurs conections puruientes inmaire

Les ganglions e sont pas tuméfiés.

Le traitement a consisté dans l'application successive de compresses imprégnées d'une solution de résorcine à 3 0/0, de tartrate ferrico-potassique à 15 0/0, d'acide phénique à 1 0/0 et de sublimé au cinq millième. Elles ont eu pour résultat d'atténuer l'odeur fétide qu'exhale la surface ulcérée et gangrénée, mais l'action curative a été nulle.

Les faits nouveaux constatés dans cette deuxième note peuvent se résumer ainsi qu'il suit :

1° Le bourrelet caractéristique qui entoure la lésion et en constitue la zone d'envahissement a continué à s'étendre excentriquement et à se détruire parallèlement par sphacèle dans sa partie interne;

2° La résection de ce bourrelet dans une partie de son étendue en a passagèrement enrayé les progrès, mais il s'est depuis lors reformé partiellement avec ses mêmes caractères; ch

m

3º La surface ulcérée diffère d'une membrane de bourgeons charnus par la production incessante de nouvelles plaques de sphacèle et la présence de saillies miliaires, isolées ou conglomérées;

4º Ces saillies miliaires, rondes, translucides et fermes constituent les nodules élémentaires de la néoplasie; ils sont comparables aux granulations miliaires de la tuberculose;

5º Les inoculations aux animaux ont donné des résultats néga-

tifs;

6º La dénudation du squelette s'est très notablement étendue; 7º L'oreille est en partie détruite; l'œil est sur le point d'être envahi.

### M. E. Besnier. - Quel a été le traitement suivi?

M. Hallopeau. — Il a surtout été fait des applications de substances antiseptiques, résorcine, sublimé, etc. Elles ont pu faire disparaître la mauvaise odeur, due à la mortification du néoplasme, mais elles n'ont pas arrêté l'évolution du mal.

M. E. Besnier. — D'après l'expérience que j'ai acquise de ce médicament, je conseillerais surtout ici l'emploi du naphtol camphré. Il y aurait lieu de l'appliquer non d'emblée sur toute l'étendue de la perte de substance, mais tout d'abord sur le bourrelet périphérique par lequel le mal paraît s'étendre.

N'est-il pas bien curieux de voir que l'énorme tumeur ulcérée que présente la malade de M. Hallopeau ne s'accompagne d'aucune adénopathie satellite? Un groupe d'herpès, un godet de favus irrité suscitent souvent un engorgement ganglionnaire marqué; n'est-il pas bien particulier qu'une lésion aussi vaste et aussi maligne en soit complètement indemne?

# Deux observations de suppuration en trajet canaliculaire le long du raphé médian du pénis et du scrotum.

#### Par F. BALZER et SOUPLET.

S..., Edmond, âgé de 26 ans, entre le 21 octobre 1891, à l'hôpital du Midi, au n° 12 de la salle n° 8. C'est un homme très robuste qui n'a jamais été malade. Il n'a pas eu d'accidents vénériens. Il raconte seulement que depuis trois ans il a remarqué à la face inférieure de la verge un petit cordon rouge et dur. Cependant il ne fait remonter le début des accidents qui l'a. mènent à l'hôpital qu'à une huitaine de jours environ. A cette date il s'est formé à la partie inféro-postérieure des bourses, une grosseur qui sans causer de douleur réelle, l'a empêché de continuer sa profession de terrassier.

Le jour même de son entrée cette grosseur s'ouvre spontanément. Elle est située exactement sur le raphé médian. De plus, en examinant avec soin la région périnéale, on constate en faisant un palper profond qu'il existe sous les téguments absolument sains une sorte de canal, du volume d'une plume d'oie, à parois dures, rappelant par sa consistance le canal déférent enslammé. Ce canal se porte directement dans la direction du rectum au voisinage duquel on cesse de le sentir. Le toucher rectal ne donne aucun renseignement.

donne aucun renseignement.

A partir de l'abcès ouvert il existe sur le pénis jusqu'à l'extrémité du fourreau de la verge un canal analogue au précédent mais rouge et superficiel. Le palper fait reconnaître le même conduit saillant avec consistance dure; il suit exactement le raphé. Il présente des irrégularités dans son trajet de sorte qu'il donne l'apparence d'un chapelet dont les grains seraient constitués par des petites bosselures. Celles-ci sont fluctuantes et à leur niveau la peau est rouge et tendue. On en compte trois sur la région des bourses et un certain nombre sur la verge. Tandis que celles des bourses sont presque de la grosseur d'un œuf de pigeon, celles de la verge ne sont pas plus grosses qu'un petit pois.

Ces foyers sont incisés; leur ouverture donne issue à un liquide séreux

à peine purulent et de couleur très faiblement jaunâtre.

On constate que tous ces abcès communiquent manifestement les uns avec les autres, car lorsque après avoir ouvert l'un d'eux l'on presse sur un point quelconque du raphé, on fait immédiatement sourdre par l'incision une certaine quantité de pus. En aucun point de ce long trajet la palpation n'est douloureuse.

La peau des bourses est légèrement infiltrée; mais elle ne présente ni rougeur, ni douleur. Du côté gauche la tunique vaginale renferme une certaine quantité de liquide clair et très transparent.

Pansement au sublimé.

3 novembre. Quelques nouveaux points fluctuants se sont montrés. Incisions faites le plus antiseptiquement possible et prélèvement d'une certaine quantité de liquide qui est ensemencé.

Le 6. Les bosselures qui ont été incisées commencent à s'affaisser, mais continuent à donner un liquide séro-purulent aussi abondant que les premiers jours. Quelques incisions sont pratiquées sur la verge. Le canal est ouvert sur une assez grande longueur avec la sonde cannelée, et cautérisé au thermo-cautère.

15 décembre. Il ne se produit plus de collections suffisamment volumineuses pour être incisées. Quelques-unes se sont fermées; les autres donnent encore du pus. Le nombre total des foyers incisés s'est élevé à 10 pour le scrotum et à 7 pour la verge.

8 janvier. Le malade sort en bon état. Une seule fistulette de la région scrotale donne encore quelques gouttes par jour de sérosité claire. L'épanchement de la vaginale est à peu près disparu, ainsi que l'infiltration des

bourses

Un certain nombre de cultures ont été essayées à plusieurs reprises avec le pus retiré des bosselures immédiatement après leur ouverture. Ces encemencements ont été faits sur bouillon, gélatine et gélose glycérinée. Tous les essais ont été infructueux. Une seule fois il nous a été donné d'obtenir une culture sur gélose glycérinée. Elle se développa très lentement dans une étuve maintenue à 37°. Au cinquième jour elle se décelait par un enduit très transparent et très mince. Réensemencée plusieurs fois, elle s'est toujours reproduite avec les mêmes caractères. Elle était formée par des bacilles gros et assez courts, et par de gros cocci réunis en marguerite. Il nous a été impossible d'isoler ces deux formes par la culture, de sorte que nous serions portés à prendre ces cocci pour une forme sporulaire.

Avec le liquide pris quelque temps après l'ouverture des abcès nous avons obtenu des cultures de staphylocoques, mais avec une assez grande difficulté.

En résumé on ne peut tirer aucune conclusion ferme de ces essais de culture.

La seconde observation concerne également un jeune homme qui n'est pas entré dans les salles, et qui a été traité seulement à la consultation au mois de janvier cette année. Dans ce cas l'abcès canaliculaire de date récente siégeait seulement sur le raphé médian du pénis. Il commençait au prépuce et s'avançait jusqu'à la partie moyenne du pénis dans une étendue de cinq centimètres environ. A ce niveau la peau était un peu rouge, pigmentée et amincie. Le trajet ne présentait qu'une seule ouverture d'entrée du côté du prépuce par laquelle on faisait refluer un pus blanchâtre et séreux. On introduisit avec facilité par cette ouverture un fin stylet cannelé qui fut poussé jusqu'à l'extrémité du trajet dont la paroi fut alors incisée avec le thermo-cautère. Après quelques jours de pansements au sublimé le malade était guéri. En somme, ce second cas fut la reproduction exacte du premier dans des proportions moins étendues. Les tentatives de cultures faites avec le pus ne donnèrent aucun résultat.

Nous ne pouvons pas entourer ces deux observations de bien longs commentaires, à cause de l'incertitude de l'étiologie et de la pathogénie de cette singulière infection. Elle est due très vraisemblablement à un staphylocoque pyogène. La recherche du bacille de la tuberculose a été faite infructueusement; nous avions tenu à la faire en raison de la formation singulière de ces trajets canaliculaires à paroi très distincte, mince, lisse, rappelant un peu celle du trajet des abcès froids.

Il ne s'agit point d'une lymphangite, car les lymphatiques de la région ne suivent pas cette direction. Tout au moins il ne s'agit pas d'une inflammation des troncs lymphatiques du pénis et du scrotum. La localisation inflammatoire a été identique dans les deux faits; l'envahissement semblait commencer au prépuce et suivait progressivement le raphé médian jusqu'au rectum dans le cas le plus avancé. La seulement le cordon inflammatoire quittait le derme et s'enfonçait profondément dans le périnée jusqu'au voisinage du rectum où il s'arrêtait brusquement.

Il ne serait pas indifférent d'abandonner à elle-même une affection naturellement rebelle à tendance chronique et envahissante. Les pansemeuts antiseptiques appliqués après l'ouverture des points fluctuants ne suffisent pas à enrayer sa marche. Il faut introduire la sonde cannelée dans le trajet inflammatoire et l'inciser avec le thermocautère dans toute son étendue.

A notre connaissance peu de faits semblables ont été signalés jusqu'ici. Pourtant M. Humbert nous a dit en avoir observé aussi un cas à l'hôpital de Midi. Cette localisation inflammatoire n'est donc pas très rare, et des observations ultérieures rendront mieux compte de sa pathogénie.

Recherches bactériologiques et chimiques sur la pathogénie de l'orchite blennorrhagique et de certaines orchites infectieuses.

Par ERAUD et HUGOUNENQ (de Lyon).

Les recherches que nous communiquons aujourd'hui font suite en quelque sorte à celles que nous avons relatées déjà les années précédentes.

En ponctionnant la vaginale de blennorrhagiens atteints d'épididymite, nous avons recueilli de la sérosité vaginale avec laquelle nous avons ensemencé des ballons de bouillon stérilisé. Dès le lendemain de la mise à l'étuve, nous avons pu voir un trouble où la culture produite était pure, c'est-à-dire constituée exclusivement par un diplocoque de même forme, de même grosseur apparente que le gonocoque, et dont les caractères fondamentaux peuvent se fixer dans les propositions ci-après : 1º qu'il n'est pas pyogène (car des cultures en bouillon injectées sous la peau de cobayes, de lapins, de chiens n'ont jamais produit de pus); 2º il ne liquéfie pas la gélatiue, caractère qui avec le précédent le fait différer du staphylocoque pyogène auquel il ressemble; 3º il ne passe pas dans le sang des animaux (cobayes) auxquels ses cultures sont inoculées : le sang du cœur recueilli chez ces animaux sacrifiés ou morts de mort accidentelle, est toujours resté stérile ; 4º il se décolore par la méthode de Roux-Gram; 5º enfin, il reproduit l'orchite chez le chien, c'est-à-dire la maladie dans laquelle on le trouve.

D'où vient ce microbe? Est-ce le gonocoque lui-même? ou bien est-ce un saprophyte de l'urèthre normal qui, par suite de fonctions chimiques à déterminer, peut se transformer et devenir pathogène? Telles sont les deux questions auxquelles nous devons répondre.

En plongeant des pipettes stérilisées dans l'urèthre sain de jeunes

gens de 14 à 18 ans, ou mieux en recueillant avec toutes les précautions voulues l'urine de ces sujets bien entendu vierges de tout accident vénérien, dans des ballons de bouillon stérilisés, nous avons trouvé après 24 heures, au milieu des saprophytes de l'urèthre, un diplocoque a priori analogue comme forme, comme grosseur, au diplocoque décrit ci-dessus. Dans quelques cas même, la culture a été pure au premier ensemencement par l'urine, remarque qui est à établir, car il nous a semblé que certains sujets étaient plus riches que d'autres quant à l'existence de ce microbe. Mais nos recherches ne sont pas encore suffisamment poursuivies à cet égard pour pouvoir tirer des conclusions précises sur ce point. Quoi qu'il en soit, nous avons retiré de l'urèthre de sujets sains un diplocoque dont les caractères fondamentaux se confondent avec ceux du microbe tiré de l'orchite, car comme ce dernier, il n'est pas pyogène, ne liquifie pas la gélatine, reproduit l'orchite chez le chien, etc.

D'autre part, nous avons extrait des cultures de l'un et l'autre deces microbes (Comptes rendus de l'Académie des sciences, juillet 1891) une diastase ou toxalbumine à réactions chimiques semblables, à action physiologique identique, car avec celle-ci, nous avons pu reproduire chez le chien, l'orchite qui a été parfois accompagnée de suppuration avec atrophie consécutive de la glande.

De ces recherches comparatives, il résulte donc qu'il existe dans l'urêthre normal un diplocoque semblable à celui trouvé dans l'orchite blennorrhagique et capable de déterminer cette dernière; que ces deux microbes trouvés dans l'une et l'autre condition se confondent à tous les points de vue, qu'on envisage leurs dimensions, leur forme ou bien qu'on considère leur action physiologique qui, soit dit en passant, ne porte que sur le testicule et aucunement sur d'autre tissu.

Les résultats de cette étude nous paraissent pleinement répondre aux trois termes de la trilogie de Pasteur. Aussi, commenous n'avons pu identifier le microbe en question avec les divers microbes décrits déjà dans l'urèthre par Lustgarten et Mannaberg, Bumm, Legrain, etc. nous avons pensé devoir lui donner le nom d'orchiocoque, dénomination qui nous paraît bien désigner son rôle spécial, et qui d'ailleurs fait suite au gonocoque quant à l'appellation étymologique.

Voyons maintenant les rapports qui pourraient exister entre ces deux microbes d'une part et le gonocoque d'autre part. En ensemençant avec du pus blennorrhagique des tubes d'agar peptonisé, nous avons noté ce fait qui a bien son importance en clinique, à savoir que tantôt nous obtenions une culture, que tantôt au contraire nos tubes restaient stériles. Après des essais répétés, nous nous sommes aperçus qu'alors que nous avions culture, nous voyions se produire sinon toujours, mais dans la très grande majorité des cas, une épididymite, alors que toujours, quand nous n'avions pas culture, l'épididymite ne survenait

pas. Tout d'abord, à l'apparition de cette culture qui du reste estlaborieuse, un peu longue à se faire, nous avions pensé à une culture de gonocoque, d'autant qu'à priori, le microbe obtenu ainsi ressemblait assez exactement au microbe de Neisser, et que d'autre part, certains auteurs reconnaissaient avoir cultivé le gonocoque sur agar. C'est alors que cultivant ce microbe ainsi obtenu sur différents milieux, tels que gélatine, bouillon, peptone, solutions d'albumine, de caséine, etc. nous avons été frappés de la facilité avec laquelle ce microbe se développait dans nombre de milieux nutritifs, alors que nous savions par les recherches de divers auteurs, combien était difficile et surtout combien était instable, peu vivace, une culture du gonocoque lui-même.

Pour préciser cette question, nous avons donc entrepris de suivre pas à pas les indications formulées par Bumm, dans son remarquable mémoire (Der mikroorganismus, des gonorrhoischen schleimhaüten, etc.) lequel, à notre avis, est un des rares sinon le seul auteur qui ait véritablement obtenu une culture pure de gonocoque. Reconnaissant avec cet auteur que le sérum de sang humain est le seul milieu propice à la culture du gonocoque, nous nous sommes conformés aux conseils techniques qu'il donne touchant la préparation du milieu. le mode d'ensemencement, etc., et nous avons réussi, après plusieurs tentatives infructueuses, à avoir une culture pure du gonocoque : ce qui nous a permis de faire une étude comparée avec notre microbe de l'orchite ou de l'urèthre sain. Du reste, tous les détails et particularités afférents à ce suiet sont consignés dans une thèse que nous avons inspirée à un élève de la Faculté de Lyon, le Dr d'Arlhac, thèse intitulée : Contribution à l'étude des micro-organismes de la blennorrhagie et de l'orchite blennorrhagique (1892). Nous avons vu en effet, sur des tubes de sérum de sang humain préparés d'une facon spéciale qu'il serait trop long d'énumérer ici et qui du reste est conforme à celle indiquée par Bumm, au bout de 24 heures d'étuve, se produire au niveau de la goutte de pus qui a servi à l'ensemencement une dépression, un enfoncement du sérum d'où part en rayonnant une zone très mince, incolore ou à teinte légèrement blanchâtre avec des bords à pic et découpés en prolongements irréguliers. Des ensemencement faits avec une première culture dans le même tube ou dans des tubes différents nous ont permi de suivre le microbe jusqu'à la 10e génération, mais les cultures s'atténuent à la longue; en vieillissant, elles perdent leurs caractères fondamentaux, le microbe est frappé de dégénérescence et se résout en une série de granulations fines à tel point qu'une culture de six jours est restée entre nos mains complètement stérile. L'examen micrographique d'une culture nous a montré un diplocoque biconvexe avec les mouvements d'oscillation et de translation propres au gonocoque, qui se décolore complètement par la méthode de Roux-Gram. Il ne nous restait plus qu'à

répéter l'expérience de Bumm, c'est-à-dire inoculer une culture de ce microbe à un sujet sain pour s'assurer s'il reproduisait la blennorrhagie : expérience que nous n'avons pas voulu tenter. Mais ce qu'il nous importait le plus, c'était de comparer ce microbe ainsi obtenu avec le microbe trouvé par nous dans l'orchite, l'urèthre sain.

Quels sont donc leurs caractères ou plutôt quels sont leurs signes de différenciation? A un faible grossissement, sur une préparation séchée et colorée, notre microbe apparaît comme un point arrondi, un peu plus gros que le gonocoque (1 µ) et bien coloré. Avec l'objectif à immersion, on voit une fente médiane. Chacune des parties, légèrement excavée à la face interne, présente la forme d'un haricot. C'est, on le voit, la description du gonocoque lui-même, la grosseur mise à part. Comme ce dernier encore, il se colore bien par toutes les couleurs d'aniline et se décolore par la méthode de Gram. Il est donc impossible de faire la distinction avec le microscope. Il est cependant un léger caractère différentiel dans les cultures pures : c'est que ce diplocoque se détache sur un fond clair, tandis que la préparation d'une culture pure de gonocoque présente un fond de granulations fines, à peines teintées ou restées incolores.

Mais c'est par l'examen des cultures que la différence s'impose. Sur agar, ce diplocoque forme des îlots blanc grisâtre, blanchâtres, se réunissant progressivement en une plaque unique, épaisse, parcheminée. La surface est mamelonnée, lisse, et les bords sont régulièrement recourbés. Le développement de la culture est rapide et on a en quelques jours des cultures de 1 à 2 cent. Grande vitalité de ces colonies contrairement aux cultures de gonocoques dont la vitalité est précaire, force de résistance considérable de ce même microbe, voilà des signes excellents de différenciation. Enfin, au contraire du gonocoque, il se développe sur tous les terrains, voire même sur la gélatine, le sérum de sang humain, alors que le gonocoque transporté sur gélatine, sur agar n'y vit pas. L'inégalité de la vitalité et de la résistance chez ces deux microbes peut faire douter qu'il soient deux formes de la même espèce : elle semble au contraire montrer que ce sont deux microbes différents.

De cet ensemble de faits et d'expériences, on peut conclure à l'existence dans l'urêthre sain et dans le pus blennorrhagique d'un microbe spécial, bien caractérisé qui sécrète dans certaines conditions, une substance capable de donner naissance à l'orchite. Il nous semble dès maintenant acquis que l'épididymite ne peut plus être considérée comme une complication de l'uréthrite blennorrhagique, mais qu'elle est soumise à deux facteurs indispensables, à savoir : 1° le saprophytisme du microbe; 2° une infection générale comme celle que crée la blennorrhagie. Le premier de ces facteurs vient d'être étudié; il nous reste à déterminer le second facteur.

En effet, en soumettant parallèlement les urines de blennorrhagiens simples et les urines de blennorrhagies compliquées d'épididymite, au double examen — du polarimètre et des réactifs chimiques — nous avons constaté les faits ci-après :

Si, après avoir précipité la mucine et les albumines véritables par le ferrocyanure de potassium acétique, on examine les urines après décoloration préalable, au polarimètre, on constate que les urines sont

généralement lévogyres, mais à des degrés très divers.

Tandis que dans la blennorrhagie simple, la déviation ne dépasse pas 0° 5' et oscille entre 2' et 4', dans l'orchite, les déviations ne sont pas inférieures à 10' et s'élèvent la plupart du temps à 0° 15', 0° 20' et même dans un cas à 0° 28'. C'est ainsi que dans un cas dont nous suivions l'examen polarimétrique tous les 2 à 3 jours, nous avons pu prédire l'apparition de l'épididymite qui survenait 36 heures après. Cette déviation au polarimètre va s'accroissant jusqu'à l'apparition de l'orchite, reste à fort peu près stationnaire pendant 2 à 3 jours, puis décroît insensiblement jusqu'à la normale au fur et à mesure que l'orchite se résout. Il est à remarquer que dans l'orchite traumatique, il n'y a qu'une déviation peu marquée ou même pas.

Telles sont nos observations polarimétriques qui portent jusqu'ici sur une quinzaine d'orchites blennorrhagiques et qui, on le voit, peuvent constituer un moyen de diagnostic prévisionnel à peu près certain

de l'apparition de l'épididymite.

Concurremment à nos examens polarimétriques, nous avons procédé à des recherches chimiques portant sur les urines des blennorrhagies simples et sur celles des blennorrhagies avec épididymite. Ici également le parallèle est frappant et concorde avec l'examen

polarimétrique.

Voici le mode opératoire que nous suivons : Les urines sont additionnées de 10 cent. cub. d'acide acétique cristallisable et 10 cent. cub. d'une solution de ferrocyanure au 1/10°. On agite et abandonne au repos : après 20 ou 24 heures, quand la mucine et les autres albumines vraies ont été précipitées, on filtre, on élimine le ferrocyanure de potassium en ajoutant un léger excès d'acétate de cuivre. On filtre et précipite l'excès de cuivre par l'hydrogène sulfuré, on fait bouillir, on neutralise par la soude et on examine la déviation au polarimètre sur un échantillon décoloré par le noir animal. Le reste du liquide est sursaturé par du sulfate d'ammoniaque pur en cristaux : après 24 heures, on sépare le précipité formé, on le lave avec une solution saturée de sulfate d'ammoniaque, on l'épuise par l'eau bouillante. La solution obtenue est précipitée par le chlorure de sodium cristallisé en excès; après 24 heures, on filtre avec une solution saturée de chlorure de sodium et on dissout dans l'eau bouillante le précipité. Cette solution est alors dialysée sur papier parchemin jusqu'à ce

qu'elle ne trouble plus l'azotate d'argent : enfin on l'additionne par 10 à 12 volumes d'alcool à 95°, la substance albumosique se précipite

en flocons quelquefois blancs, quelquefois colorés en brun.

De cet ensemble de considérations, on peut donc déduire que la blennorrhagie simple produit une légère infection générale se traduisant par une excrétion d'albumose-peptone, laquelle est notablement accrue lorsque le malade va faire une orchite ou qu'il est en puissance de cette dernière.

Reste à élucider la nature de cette albumose, sur laquelle nos recherches encore récentes ne nous permettent pas aujourd'hui de

donner de plus amples renseignements.

Excrétion progressive d'albumose, notable déviation lævogyre constatable au polarimètre, tels sont les deux signes permettant de diagnostiquer à l'avance la formation de l'épididymite, signes qui sont à joindre à celui indiqué plus haut, à savoir que lorsque du pus blennorrhagique recueilli avec toutes les précautions pastoriennes et ensemencé sur agar-agar reste stérile, il n'y a jamais orchite. Telle est du moins la conclusion que nous retirons de l'examen de 15 blennorrhagiens épididymaires à cet égard.

On voit donc par ce qui précède, combien nous sommes loin déjà de toute la série de causes plus ou moins banales admises d'ordinaire comme devant produire l'orchite. Les efforts, les traumatismes, les marches excessives, les injections mal faites, etc. sont autant de raisons qu'on invoquait empiriquement, et qui, il faut le reconnaître,

étaient loin de satisfaire l'esprit.

Tels sont donc les résultats de notre observation relativement à la blennorrhagie. Mais il s'agissait de savoir si dans les cas d'orchites infectieuses, la même évolution, les mêmes faits se retrouvaient.

Lors d'une épidémie récente d'oreillons, nous avons eu la bonne fortune d'observer le cas d'un jeune homme de 23 ans, vierge de

blennorrhagie, atteint d'orchite ourlienne.

Nous avons répété à propos de ce malade, la même série d'expériences relatées plus haut, à savoir l'examen au polarimètre de ses urines, l'examen chimique de ses urines et enfin l'étude du microbe de l'orchite. L'examen polarimétrique nous a montré une déviation très nettement accusée (— 16') qui est à mettre en parallèle avec les cas d'épididymite blennorrhagique. L'examen des urines traitées comme précédemment, nous a révélé une notable quantité d'albumose. Cette albumose est-elle différente comme composition de celle des blennorrhagiens? C'est ce que nous rechercherons.

Quant au microbe de l'orchite obtenu après ponction de la vaginale, il nous est apparu dans des cultures pures, sous la forme d'un diplocoque apparemment semblable au nôtre, quoique un peu moins gros, se comportant sur l'agar, sur la gélatine comme le nôtre. Comme ce dernier, il fructifie abondamment sur l'agar; comme ce dernier, il pousse très lentement sur la gélatine sans la liquéfier, pousse très bien dans le bouillon avec cette particularité que ne possède pas le nôtre, c'est de faire des sortes d'amas blanchâtres, filamenteux qui, au microscope, apparaissent comme farcis de microbes.

Injecté sous la peau du cobaye, du chien, il ne produit pas de pus; injecté dans le testicule du chien, il détermine l'orchite. Comme le nôtre enfin, il se décolore complètement par la méthode de Gram. Ainsi qu'on le voit, bien peu de chose le sépare du nôtre : il n'y a guère que la grosseur, et ce fait de produire des amas gélatineux ainsi qu'une odeur spéciale qui s'exhale des cultures en bouillon et que nous n'avons pas trouvée chez le nôtre. Est-ce le même microbe ou un microbe différent ? La difficulté est assez nette à trancher, d'autant que des ballons de bouillon ensemencés avec du sang et de l'urine de ce même malade ont donné lieu à une culture constituée par un diplocoque dont les caractères se confondent avec ceux de celui tiré de la vaginale du même malade.

Sommes-nous ici en présence d'un microbe qui pourrait être le microbe pathogène des oreillons et qui serait capable d'aller produire par l'intermédiaire du sang des localisations dans la parotide, le testicule, etc.? En tout cas, nos inoculations n'ont produit chez les cobayes aucun trouble rappelant les ourles en quoi que ce soit. Fautil voir au contraire dans le microbe de l'orchite ourlienne un microbe différent de celui de l'épididymite blennorrhagique? A cela, il est permis de répondre que bien peu les sépare, si tant est même qu'on puisse trouver des signes différentiels bien positifs, ou bien faut-il admettre que ce microbe soit aussi un saprophyte de l'urèthre, capable d'aller créer ailleurs des complications d'ordre spécial, puisque l'orchite a été signalée comme phénomène initial des ourles précédant toute autre lésion? Dans le doute, à ce point de vue, nous nous abstiendrons de conclure, mais nous tenions à montrer l'étude parallèle que nous avons tentée entre ces deux microbes trouvés dans une lésion d'un même organe. L'orchite ourlienne a priori, semble, au point de vue clinique, différer de l'orchite blennorrhagique : cette distinction clinique se retrouverait-elle aussi dans la dualité du microbe générateur? En tout cas, il est ici des rapprochements curieux à faire et qui appellent des recherches plus nombreuses sur le même sujet. Cependant, s'il était prouvé que le même saprophyte uréthral se retrouve dans l'orchite blennorrhagique et dans certaines orchites infectieuses, l'ourlienne en particulier, dès lors l'unité spécifique de l'orchite serait démontrée. Il ne s'agirait plus que d'un processus général - peptonurie - pour mettre le saprophyte uréthral en état de faire l'orchite.

Mais où se fait cette substance albumosique? Assurément, elle ne

se produit pas aux dépens du pus uréthral lui-mème, car nous l'avons trouvée dans certains cas où le pus manque ou est vraiment insignifiant comme quantité. Prend-elle naissance dans la vaginale même? Y a-t-il un exsudat qui se produise d'une façon latente dans le testicule ou la vaginale avant tout symptôme révélateur de l'orchite? Le fait suivant pourrait vraisemblablement être invoqué à l'appui de cette hypothèse. Il a trait à un cas d'orchite tuberculeuse aiguë où les urines, à l'examen polarimétrique, accusèrent une déviation très marquée, alors qu'une fois la castration opérée, il n'y eut plus aucune déviation. Ce cas semblerait donc montrer qu'en l'espèce du moins, le testicule était le point de départ ou le lieu de fabrication de la matière albuminoïde. Mais peut-être faut-il compter aussi avec l'uréthrite postérieure et surtout la prostatite, lésions que l'on rencontre communément chez les blennorrhagiens, même chez ceux qui n'auront point d'épididymite? Point qui concorde avec ce que nous observons en clinique qu'assez fréquemment avec la prostatite simple, - sans orchite - coïncide l'albuminurie qui, somme toute, n'est qu'un degré de plus de la peptonurie que nous envisageons ici. Car c'est l'albumose qui passe dans le sang et non le microbe, le sang recueillichez des blennorrhagiens porteurs d'orchite étant toujours resté stérile sur agar. Peut-être sommesnous dans la voie de connaître quelle est sinon l'exclusive, du moins une des fonctions importantes de la prostate, à savoir, un foyer de sécrétion de matériaux albuminoïdes. C'est ce que des études ultérieures ayant trait à différentes affections des voies urinaires nous permettront peut-être d'établir.

En résumé, de l'ensemble de ces recherches, il nous semble décou-

ler les conclusions ci-après:

1° C'est que dans l'épididymite blennorrhagique, il existe un diplocoue que l'on peut cultiver et avec lequel on peut produire chez le chien l'orchite;

2° Qu'îl existe dans l'urèthre sain, un diplocoque en tous points identique au précédent et qui est également capable de produire l'orchite chez le même animal; qu'îl y a donc lieu de les identifier parce qu'îls constituent le microbe producteur de l'orchite blennorrhagique: aussi lui avons-nous donné le nom d'orchiocoque.

3º Que l'examen, au polarimètre, des urines de blennorrhagies accompagnées d'épididymite, montre dans ces cas une déviation lævogyre qui peut et qui doit servir de moyen de diagnostic prévi-

sionnel de l'orchite ;

4º Que dans les blennorrhagies simples et surtout dans les blennorrhagies épididymaires, il se produit une infection générale se traduisant par une sécrétion plus ou moins considérable de substance albuminoïde (albumose, peptone) dont l'abondance paraît exister en raison directe de l'intensité du processus;

5º Qu'en ensemençant de l'agar avec du pus blennorrhagique, il est permis de déduire les propositions suivantes, eu égard aux cas observés par nous: a) lorsqu'il y a eu culture, l'orchite, est survenue le plus souvent; b) lorsqu'il n'y a pas eu culture, il n'y a jamais eu orchite; c) lorsqu'il y a eu culture, il n'y a pas toujours eu orchite;

6° Que dans l'orchite ourlienne, il existe un diplocoque qui offre de grandes analogies avec l'orchiocoque, mais qu'il nous paraît impossible, dans l'état actuel de nos recherches, de conclure si ce microbe est identique avec celui de l'orchite blennorrhagique, ou bien s'il représente le microbe même des oreillons, à en juger par sa présence dans le sang et l'urine du seul cas qu'il nous a été donné d'observer.

M. Barthélemy. — La communication de M. Éraud me paraît toute entière et tout particulièrement intéressante; mais c'est seulement sur

quelques points que je demande la permission d'insister.

M. Éraud a parlé de la fréquence d'une infection générale par le fait de la blennorrhagie; je partage cet avis, bien que cette infection soit toujours une exception. On trouve dans ces cas chez les femmes, où le rhumatisme blennorrhagique est relativement rare bien qu'incontestable, de la pâleur, de l'anémie, des palpitations, des vertiges, des douleurs névralgiques à la tête, au thorax, au niveau du périoste des articulations du bassin, un affaiblissement relativement considérable et souvent des phénomènes nerveux, si le sujet est disposé aux troubles hystériques. Or, chez ces malades, la durée est assez longue, deux mois environ, en dépit des douches sulfureuses chaudes, des préparations ferrugineuses et du quinquina.

Notons en passant que si la remarque de Martineau est exacte, à savoir que, chez la femme, le liquide blennorrhagique est acide, c'est le contraire chez l'homme où le liquide est nettement et exclusivement alcalin

tant qu'il s'agit bien de blennorrhagie.

L'état général chez l'homme, le terrain, me semble devoir être noté pour l'orchite. Certains sujets semblent prédisposés à l'orchite, comme d'autres, quoique avec moins de netteté, le sont au rhumatisme blennorrhagique; et tels sujets, anémiques, débilités, à chairs molles, se présentent avec un tel aspect pendant leur blennorrhagie qu'on peut, qu'on doit redouter chez eux l'apparition vers le 15° ou le 20° jour de l'orchite. Ici

encore il faut tenir compte de la semence et du terrain.

En effet, il faut chercher les causes de l'orchite ailleurs que dans celles qui sont banalement indiquées : le défaut de soins, les excès vénériens, l'équitation, la danse, la marche, le défaut de repos, la propagation directe de l'écoulement de l'urèthre à l'épididyme, etc. Ce sont tout au plus des causes favorisantes ; mais des faits bien observés m'obligent à leur dénier la valeur efficiente vraie : Des orchites surviennent chez certains sujets en dépit de tous les soins et de l'antisepsie les plus complets, mis à part bien entendu les cas très nets, presque créés à volonté, des orchites par cathéthérisme ou par injections trop intensives, pratiquées sans antisepsie préalable internelou externe suffisante, ou à une période trop précoce ou inopportune.

Dans la dernière séance, j'ai déjà insisté sur ce point qu'un agent spécial pouvait avoir une affection plutôt pour le testicule et surtout l'épididyme, comme on l'observe dans les oreillons où l'orbite a été le premier symptôme ainsi que j'en ai rapporté un exemple.

On voit donc qu'il y a dans cette question, importante à cause de sa fréquence dans la pratique, de la *pathogénie de l'orchite blennorrhagique*, bien des inconnues ou des desiderata : c'est là le grand intérêt des recher-

ches si remarquables de M. Eraud.

M. Dubreulli. — M. Éraud dans sa communication a parlé d'orchites tout à fait distinctes, l'orchite blennorrhagique et l'orchite ourlienne. Gependant en clinique, ces orchites sont bien différenciées; c'est ainsi que l'orchite blennorrhagique est surtout une épididymite, l'orchite ourlienne uue orchite du corps même du testicule. Cela semble indiquer une nature différente.

Les chiens chez lesquels il a provoqué expérimentalement l'orchite ont ils eu de l'orchite proprement dite ou de l'épididymite?

M. Éraud. — La distinction dont parle M. Dubreuilh est réelle, classique, mais elle est loin d'être absolue, et l'orchite ourlienne s'accompagne souvent d'épididymite.

Les chiens soumis aux injections expérimentales de culture d'orchiocoque ont eu de l'épididymite en même temps que de l'orchite. Souvent on a pu percevoir chez cet animal, après la guérison de la phase aiguë, un noyau épididymaire manifeste, souvent aussi il y a eu atrophie de la glande elle-même. Il faut remarquer du reste que l'atrophie de la glande testicuculaire se voit aussi chez l'homme après l'orchite blennorrhagique. Il n'y a donc pas entre l'orchite et l'épididymite une opposition absolue.

## Remarques sur l'évolution, la pathogénie et le traitement du clou de Biskra.

Par M. Mory.

C'est en quelques mots seulement que je me propose de revenir sur les points encore obscurs de l'histoire du clou de Biskra.

Cette affection dont la distribution géographique paraît coïncider avec celle du palmier dattier a été signalé sur divers points de l'Afrique et de l'Asie et d'après un médecin de Colombie M. Indalecio Camacho qui vint examiner le cas de clou de Biskra que j'avais eu l'honneur de présenter il y a deux mois à la Société de dermatologie, elle existerait également en Colombie dans la région des dattiers entre 200 et 800 mètres au-dessus du niveau de la mer, sous forme d'endémie annuelle double correspondant aux deux saisons sèches.

Cette dernière circonstance donne de la vraisemblance au fait, car le climat de Biskra où j'ai pu observer la maladie sur place pendant trois étés est excessivement sec.

Dans ce dernier point remarquable en outre par la chaleur de ses étés l'endémie se développe de juillet à décembre pendant la période des chaleurs décroissantes et elle cède graduellement au fur et à mesure que la température remonte dans les mois suivants, Ce fait signalé par tous nos collègues met en évidence l'action du climat sur l'endémie.

. Si l'on étudie l'évolution du clou de Biskra sur un individu on constate ce fait important que la lésion primitive va former des colonies sur les régions de la peau voisines en laissant entre elle et ces colonies des portions de peau saine en apparence ; cependant ces foyers secondaires quelquefois très nombreux se développent presque toujours de la périphérie vers le centre du corps et de plus ils s'accompagnent habituellement d'un engorgement prononcé des ganglions lymphatiques correspondant à la région malade.

J'ai eu l'occasion de suivre jour par jour cette évolution sur un officier qui fut atteint d'un clou de Biskra de la joue droite, un peu au-dessous du milieu de la paupière inférieure; vers le huitième jour de la maladie on percevait facilement par la palpation un cordon lymphatique bleuâtre, presque indolent se rendant de l'ulcère primitif aux ganglions parotidiens; deux ou trois jours plus tard ce cordon présentait une dilatation ampullaire, du volume d'un grain de blé sur laquelle apparut le lendemain une mince pellicule jaune qui bientôt s'épaissit et devint le point de départ d'un foyer secondaire.

Ces deux faits, marche centripète de l'infection et lymphite montrent le rôle important joué par les lymphatiques dans le transport à distance de l'agent spécifique probable du clou de Biskra, mais avant d'aller plus loin je dois signaler un autre fait non moins remarquable c'est que l'affection ne vient jamais compliquer les plaies récentes ou anciennes d'une certaine étendue même quand elles sont mal protégées; comme si les surfaces granuleuses étaient mieux armées contre l'agent virulent que les petites éraillures d'un tégument normal; ainsi dans le mémoire de Weber (1), se trouve rapportée l'observation d'un arabe atteint d'adénite tuberculeuse suppurée du cou et du clou de Biskra et qui guérit de la première en conservant les seconds jusqu'au printemps suivant.

Comme cette résistance des plaies granuleuses paraît être un fait assez général et qui se vérifie pour un certain nombre d'agents infectieux

<sup>(1)</sup> Recueil de mémoires de médecine et de chirurgie militaire, 1876, janvier-février.

elle ne peut affaiblir la valeur des données cliniques tendant à établir la nature parasitaire du clou de Biskra. Les expériences d'inoculations faites sur moi à Biskra et relatées dans le mémoire cité plus haut sont venues enfin donner un précieux appoint aux données cliniques et il ne restait plus qu'à isoler l'agent contagieux pour être en possession de la pathogénie du clou de Biskra.

Les travaux de nos collègues Depéret et Boinet, ceux de Duclaux, ceux de Vidal et Chantemesse ont résolu cette dernière question; nous avons nous-même présenté à la Société de dermatologie les cultures obtenues sur gélose ou dans le bouillon peptonisé, soit avec l'ichor rougeâtre que l'on obtient en comprimant entre les doigts la périphérie d'un clou soit avec le sang recueilli aseptiquement au moyen d'une piqûre de la peau voisine de sa périphérie. La constance des résultats obtenus est bien faite pour entraîner la conviction mais elle ne constitue pas une preuve scientifique absolue, les inoculations sur le lapin sout dans le même cas.

C'est pourquoi nous avons entrepris une série d'essais d'inoculation que nous allons rapporter.

- a. Avec un des clous d'inoculation dont j'étais porteur et que je vins montrer en 1875, à la clinique de M. Guibout, j'inoculai au bras gauche un médecin de mes amis en lui plaçant comme on l'avait fait pour moi une portion de croûte dans une pochette sous épidermique. Insuccès, mai 1875.
- b. En 1879 à Longwy, je fis par cette même méthode quatre inoculations à quatre sujets différents et bénévoles avec une croûte qu'un de mes collègues m'avait expédiée de Biskra en janvier ou février, c'est-à-dire à une époque où les clous sont encore en pleine vigueur, Insuccès.
- c. Le 11 janvier 1893, je m'inocule à l'avant-bras gauche avec l'ichor rouge recueilli sur le clou du sujet présenté quelques jours plus tard à la Société de dermatologie; petite rougeur lenticulaire les jours suivants, au bout d'une semaine tout a disparu. Insuccès.
- d. Le 14, inoculation sur ma cuisse droite d'une portion de croûte. Même résultat.
- e. Le 16, inoculation sur la cuisse gauche avec une plaque de culture sur gélose datant de 5 jours.
- f. Le 20, réinoculation au même point avec la même culture après ablation de la croûtelle de sang coagulé résultant de la première inoculation. Insuccès.
- g. Le 24, inoculation d'une croûte d'un côté, d'une nouvelle culture de l'autre; résultats semblables des deux côtés; il y a toujours une ébauche d'évolution, puis tout s'arrête et les croûtes ont disparu le huitième jour.
- h. Pensant que la sueur jouait peut être un certain rôle dans le succès des inoculations faites à Biskra je prie M. le médecin aide-major Rouget chef du laboratoire de mon collègue Vaillard de m'inoculer sous l'aisselle gauche le 28 janvier.
  - Le 31, réinoculation au même point avec des cultures sur gélose la pre-

mière fois et cultures récentes (24 heures) en bouillon la seconde fois. Mêmes résultats que précédemment.

i. J'essaye d'augmenter l'activité de mes cultures en les renouvelant toutes les 24 heures pendant trois jours et le 15 mars avec la troisième culture datant d'un jour, je me fais une dernière inoculation à la cuisse gauche. J'avais pris la veille au soir un ou deux grammes de bicarbonate de soude. Mêmes résultats que plus haut.

En résumé, les inoculations de la sérosité des jeunes clous ont échoué sur moi à Biskra mais une seule inoculation de croûte a donné naissance à un clou prolifique, transmis deux fois par inoculation de croûtes à un sujet habitant Biskra.

Toutes les inoculations faites sur moi-même ou sur d'autres en France soit avec les croûtes soit avec des cultures ont constamment échoué.

Ces résultats montrent combien étaient sages les réserves de MM. Larrey et Legouest quand ceux des inoculations sur le lapin furent présentés à l'Académie de médecine (1) et cependant, tout en les énonçant, je n'en reste pas moins convaincu que le microcoque de Dépéret et Boinet et de Duclaux est en réalité l'agent spécifique du clou de Biskra.

Mais une conviction ne saurait tenir lieu de preuve et cette preuve reste à faire. Les faits relatés plus haut conserveront d'ailleurs toujours un certain intérêt, car ils montrent l'étendue du chemin à parcourir pour élucider complètement la pathogénie d'une affection même alors qu'on en possède l'agent pathogène.

Avant de terminer, je désire indiquer les procédés de traitement

qui m'ont donné les meilleurs résultats.

Ces traitements répondent à l'indication causale et sont par conséquent antiseptiques. Si l'on détruit l'agent pathogène la maladie guérit ensuite d'elle-même. L'expérience de trois étés passés à Biskra nous a conduit peu à peu à une opinion moins fataliste que celle que nous avaient léguée nos devanciers; en effet:

1° Quand il s'agit de clous jeunes à croûte encore mince, on réussit presque toujours à les arrêter en les recouvrant d'une petite pièce de tarlatane recouverte elle-même d'une rondelle de tissu imperméable et imprégnée de solution aqueuse de sublimé au millième, pansement quotidien.

2º Une plaque de Vigo remplit assez bien la même indication.

3° Si le clou est ancien et s'il est recouvert de croûtes épaisses, les antiseptiques semblent n'avoir plus d'action et il faut alors, après avoir enlevé la croûte et ses prolongements en pointe de clou qui s'enfoncent dans le derme, appliquer sur l'ulcère détergé une mince

co

la

ľε

so m

81

d

m

e

<sup>(1) 10</sup> juin 1884,

couche de poudre de calomel que l'on recouvre d'une rondelle de tarlatane imbibée de liqueur de Labarraque et recouverte de tissu imperméable, on renouvelle ce pansement le lendemain et on continue ensuite le traitement avec la solution ordinaire de sublimé; ou, si l'affection est étendue et la surface imparfaitement nettoyée, avec la solution de sublimé à 2 ou 3 pour mille suivant la gravité, et par le même procédé que pour les cas simples.

Ce traitement, comme on le voit, est purement externe et semble par suite en contradiction avec les recherches microbiologiques qui ont démontré la présence de l'agent pathogène probable dans le sang, mais l'expérience de ma dernière année de Biskra confirmée par les essais comparatifs que j'ai faits sur le malade présenté en janvier à la Société de dermatologie, met en évidence l'action du traitement local. Sur ce dernier malade le clou de l'avant-bras que je traitai par l'ablation de la croûte et la poudre de calomel, comme je l'ai indiqué plus

haut, fut guéri un mois avant les autres.

Malgré ces faits, je suis d'autant plus porté a admettre la présence du microcoque pathogène dans la circulation générale que m'étant écorché le coude peu de temps après avoir été inoculé avec succès à la cuisse ma petite écorchure se transforma en clou de Biskra, bien qu'on n'en vit pas survenir spontanément de nouveaux à cette époque et cependant je ne puis m'empêcher de faire quelques réserves à l'égard des semis de sang, car l'agent spécifique quel qu'il soit, pénètre sûrement dans le système lymphatique et il est bien difficile de prendre du sang sans prendre en même temps un peu de lymphe. J'ai eu le tort de ne pas faire de semis avec le sang recueilli sur le doigt de la main saine du malade que j'avais en traitement : il y a là une lacune qu'il sera facile de combler et sur laquelle l'attention de nos collègues d'Afrique doit être appelée.

Le microcoque pénètre-t-il toujours dans la circulation sanguine générale? Est-il inoculable en culture dans la région dite subsaharienne là où il n'existe pas de palmiers et là où le clou de Biskra ou de Gafsa ne se développe pas spontanément. Voilà deux questions dont la solution fera faire un grand pas à la pathogénie du clou de

Biskra.

#### Pelade nerveuse et vitiligo.

Par M. W. DUBREUILH.

C..., valet de chambre, âgé de 33 ans, se présente à ma consultation le 29 mars 1892. Il y a six semaines que ses cheveux ont commencé à tom-

ber par plaques sans qu'il ait éprouvé aucune démangeaison ni aucun mal de tête. On ne trouve dans les antécédents immédiats aucune émotion ni choc nerveux d'aucune espèce. Il se faisait habituellement couper les cheveux à la tondeuse. Ses cheveux sont noirs. Actuellement on trouve, sur le cuir chevelu 5 ou 6 plaques disséminées qui présentent déjà une repousse assez abondante de fin duvet. Traitement: Lotions générales au sublimé; applications d'acide acétique à 50 0/0.

12 avril. Les cheveux ne tombent plus et repoussent sur la plupart des

plaques sous forme de fin duvet blanc.

7 mai 1892. La repousse ne fait aucun progrès.

30 janvier 1893. C..., revient me voir, depuis sa dernière visite les plaques ont constamment grandi et aucune des anciennes n'a jamais guéri complètement la repousse n'a pas dépassé l'état de duvet. Le cuir chevelu est complètement glabre sauf une petite touffe de cheveux noirs à la nuque, et quelques bouquets de cheveux blancs assez forts. La peau est souple de couleur normale et non achromateuse; les follicules pileux sont partout visibles et presque tous occupés par un poil de duvet, mais en certaines régions comme au sommet de la tête, ce duvet qui n'a pas plus de un millimètre de long est tellement fin qu'il n'est visible qu'en regardant à contre-jour.

Les sourcils sont tombés de même que la plus grande partie des cils. De la barbe il ne reste que la mouche qui n'est jamais tombée et quelques îlots de repousse sur la lèvre supérieure formés de poils assez forts mais blancs.

Tout le reste de la face est glabre mais non décoloré.

Depuis 15 jours il a remarqué la chute des poils du pubis et l'apparition de plaques blanches dans la même région. Actuellement dans toute la région génitale, pubis et scrotum, les poils sont clairsemés mais sans plaques alopéciques limitées. Sur la verge et le scrotum se trouvent des plaques achromateuses de vitiligo qui ont notablement grandi depuis une quinzaine de jours qu'il les a remarquées. Les plaques décolorées sont piquetées de points bruns qui correspondent à autant de poils restés en place.

Pas de troubles de la sensibilité.

M. Morel-Lavallée. — Je devais vous présenter le mois dernier une observation qui pourrait être intitulée :

## Pelade vitiligineuse.

La communication de M. Dubreuilh me permet de vous la présenter aujourd'hui; la voici:

Un homme est venu me consulter en juillet dernier, porteur de deux plaques de pelade au sommet de la tête, lesquelles présentaient l'aspect et les allures de la pelade en aires discrètes, du type contagieux vulgaire. Ces plaques, que je traitai par les scarifications et des applications topiques, guérirent en 2 mois environ. Or, en octobre, c'est-à-dire quelque temps après que le malade supposait en avoir fini avec sa pelade, il vit débuter dans sa barbe l'affection pour laquelle il revient me consulter à la fin de février 1893.

La barbe, aussi brune et aussi richement fournie que le cuir chevelu, est semée de touffes absolument blanches, régulièrement orbiculaires de base, d'épaisseur variable (un pois à une pièce de 0,20 centimes), et au nombre de 4 à 5 seulement La blancheur en est uniforme, l'adhérence des cheveux y est parfaite, ceux-ci ont conservé leur forme et leur consistance normales.

Au dire du malade, voici comment les choses se passent : quand il s'est aperçu de la 1er touffe blanche, il a regardé avec soin si les poils tombaient et si la peau était altérée : il a vu alors qu'au centre de la touffe blanche la peau était d'un rouge accentué, sans boutons, douleurs, ni prurit. Rapidement, la mutation blanche de la couleur brune des poils s'est étendue excentriquement jusqu'à ce que la touffe eût atteint son diamètre total, qu'elle ne quitta plus.

En examinant mon client, j'ai alors cherché moi-même cette coloration rouge centrale de la peau des plaques vitiligineuses, surtout dans les plus petites, qui devaient être encore en évolution. Je ne l'ai point trouvée; je n'ai constaté non plus aucune altération en plus ou en moins de la sensi-

bilité à leur niveau. Ce client est encore en observation.

Eh bien, je dis qu'il m'est impossible de ne pas voir, comme le malade lui-même, un rapport entre ces plaques de vitiligo pilaris areata de la barbe et les plaques de pelade, — alopecia areata, — du cuir chevelu qui les ont précédées. Orici, il ne s'agirait pas seulement d'un rapport entre ce vitiligo et la pelade, mais d'un vitiligo pilaris areata qui n'aurait été là qu'une manifestation de la maladie peladique, décoloration en aires au lieu de dépilation en aires. Cela au reste n'a rien qui puisse choquer au premier abord quand on songe que, lorsque les plaques de pelade guérissent, elles commencent ordinairement par repousser régulièrement et orbiculairement blanches, et que dans d'autres cas plus rares, notamment avec certains modes de traitement, la repousse peut se faire directement avec la coloration primitive.

Un fait dominant dans monobservation est que, tandis que plusieurs auteurs ont parlé des rapports du vitiligo avec la pelade à type trophoneurotique, ici au contraire il s'agit d'une pelade à type orbiculaire discret, à allures contagieuses, qui aurait subi, en passant du crâne au menton, la transformation en vitiligo pilaris areata primitif sans alopécie.

M. Валтне́сему. — J'ai vu dans plusieurs cas coıncider la pelade et le vitiligo. La pelade a guéri, le vitiligo qui préexistait, a persisté; d'au-

ANN. DE DERMAT. - 3º 810, T. IV.

tre part, j'ai vu des vitiligos persister pendant de longues années, décolorant la peau, les cheveux et les poils, mais n'en faisant tomber aucun. C'est là à mon sens une coïncidence pure, et il ne m'a pas été démontré par les faits dont je parle que la pelade fût sous la dépendance du vitiligo; ou bien alors il s'agit d'une alopécie spéciale trophoneurotique qui n'est pas « la pelade. »

M. Morv. — Le vitiligo pilaire peut se produire dans des conditions différentes; j'ai vu les cheveux tomber au niveau et au pourtour d'une piqure de scorpion. Plus tard, à ce niveau, il a repoussé une mèche de cheveux blancs.

M. A. Мативи. — Contrairement à M. Barthélemy, et avec MM. Dubreuilh et Morel-Lavallée, je crois à l'existence indépendante de la pelade vitiligineuse. Il ne s'agit pas seulement d'une pelade surajoutée au vitiligo; c'est bien le vitiligo qui a causé la calvitie en aires, cette calvitie est

fonction de vitiligo.

J'ai acquis cette conviction en assistant depuis de longues années à l'évolution d'un cas de vitiligo suivi de pelade. Il s'agit d'un homme actuellement agé de 70 ans environ que je connais depuis mon enfance. Depuis environ 30 ans, il porte sur les mains des plaques de vitiligo aussi nettes que possible, plaques symétriques au niveau desquelles il y a une notable diminution de la sensibilité. Il y a une vingtaine d'années environ, les cheveux ont commencé à tomber, non pas également sur tout le cuir chevelu, mais sur des aires séparées, arrondies d'une façon générale. A ce niveau la peau est décolorée. Les cheveux ont repoussé, plus tard, mais en petit nombre, par mèches irrégulières de cheveux blancs et très fins; de là un aspect bien particulier. Avec le temps, le cuir chevelu a été tout entier envahi par cette calvitie spéciale, en vertu de la confluence des aires peladiques. Cette tête dépouillée, couverte de mèches irrégulières de petits cheveux blancs, avec son cuir chevelu moins coloré que la peau avoisinante a réellement un aspect bien spécial. Cela se reconnaît d'un coup d'œil.

M. Barthélemy. — Il ne s'agit pas là sans doute de vraie pelade, de pelade parasitaire. Le terme de pelade ne convient pas à ces faits.

M. A. MATHIEU. — J'emploie ici faute de mieux le terme de pelade. On distingue du reste la pelade parasitaire et la pelade névropathique ou trophoneurotique. C'est sans doute à cette dernière qu'appartient la pelade du vitiligo.

Je crois qu'on doit donner une place particulière en dermatologie à l'alopécie en aires du vitiligo. Elle peut succéder au vitiligo des membres comme dans le fait dont j'ai parlé, c'est le cas le plus commun; elle peut aussi, l'observation de M. Dubreuilh le prouve, débuter d'emblée par le cuir chevelu, et, en cela, cette observation présente un intérêt particulier.

M. Dubreulli. — J'ai observé un cas de pelade vitiligineuse tout à fait semblable dans ses traits principaux à celui que vient de citer M. Mathieu, je pourrai le communiquer à la Société.

M. HALLOPEAU. - Je rappellerai qu'en 1891 (5 avril) j'ai présenté ici même un malade atteint de ce que MM. Dubreuilh, Morel-Lavallée et Mathieu dénomment vitiligo peladique J'avais donné à mon observation le titre suivant : Sur une variété d'angio-névrose donnant lieu à des plaques d'alopécie pseudo-peladique avec ischémie, anesthésie, achromatose et taches pigmentaires.

## Angiokératome plan.

Par M. W. DUBREUILH.

La première observation d'angiokératome est celle que j'ai publiée en 1889 sous le nom de verrues télangiectasiques. Il s'agissait d'une jeune fille dont les mains étaient couvertes de petites verrues rouges ou noirâtres; la couleur rouge étant due à des vaisseaux sanguins dilatés, la couleur noire à des caillots de sang desséché dans les mêmes dilatations, après la perte de leurs connexions avec la circulation générale. Frappé par la coexistence des verrues et des dilatations vasculaires, j'avais cru qu'il s'agissait de télangiectasies dans des verrues, car les plus petits points rouges étaient déjà verruqueux.

Du reste je ne vis la malade qu'une seule fois et ne pus faire d'examen histologique. Deux ans après, les travaux de MM. Mibelli et Pringle ont montré que les verrucosités n'étaient que consécutives et que la maladie était essentiellement constituée par un hématan-

giome superficiel.

Pour ce qui concerne l'étiologie, les recherches récentes n'ont pas ajouté grand'chose à ce que j'avais noté dans mon observation, à savoir, les relations étroites mais inconnues dans leur nature exacte de cette affection avec les engelures et sa coexistence chez plusieurs membres d'une famille. Si j'avais rencontré plus tôt un cas comme le suivant je n'aurais pas commis l'erreur d'interprétation qui a été relevée par les auteurs précités.

Il s'agit en effet d'angiokératomes tout à fait typiques à cela près que l'examen le plus attentif ne faisait pas découvrir la moindre saillie, la moindre verrucosité à leur niveau, la peau y était parfaitement lisse et l'épiderme normal.) Les lésions étaient consécutives comme d'habitude aux engelures et atteignaient la mère et la fille. Cette observation montre de plus que si l'angiokératome se développe pendant la jeunesse, à l'âge des engelures, il peut ensuite persister indéfiniment sans aucune tendauce régressive.

Mme M..., âgée d'environ 50 ans, petite, mince, a eu beauconp d'engelu-

res dans son enfance, mais n'en a plus depuis bien des années. A l'époque où elle avait des engelures sont apparues sur ses doigts des taches rouges qui ont toujours persisté depuis, elles n'ont aucune tendance à disparaître mais depuis que les engelures ont cessé les taches ne se sont nullement modifiées elles restent absolument stationnaires.

On trouve actuellement (14 février 1893) sur la face dorsale des 2°, 3° et 4° doigts des deux mains des taches rouge foncé au nombre de 5 à 10 sur chaque doigt. Ces taches ont une forme irrégulière elles ont de 1 à 3 millimètres de large, elles ne font aucune saillie et l'épiderme ne présente aucune modification à leur surface notamment pas d'état verruqueux. Quand on examine de près les lésions on voit qu'elles sont formées par des vaisseaux dilatés formant un réseau et surtout des points rouges de 1/4 et 1/2 millimètre de diamètre. Par la pression on fait pâlir la tache presque complètement. Cependant il persiste quelques points rouges qui disparaissent difficilement. On n'aperçoit aucune altération de la peau depuis la compression.

M<sup>11e</sup> M..., 24 ans, grande, un peu lymphatique quoiqu'elle ait des ascendants goutteux (père et grand-père) est atteinte de prurit anal rebelle, exclusivement nocturne, survenant tous les soirs, sans lésion cutanée autre que du grattage. On n'a jamais vu d'oxyure, des lavements à l'absinthe n'ont rien fait; — une pommade au goudron appliquée tous les soirs supprime complètement le prurit, cependant la malade croit qu'il reparaîtrait si elle cessait l'emploi de la pommade.

M<sup>110</sup> M... a des engelures très abondantes tous les hivers, autrefois même elles s'ulcéraient régulièrement mais depuis deux ans elles vont mieux.

Depuis plusieurs années elle a remarqué sur ses doigts l'apparition des taches rouges violacé qui se multiplient tous les ans. Elle en a également aux pieds qui n'ont paru que depuis deux ans. Elles siègent sur la face dorsale des doigts, on en trouve aussi sur la face dorsale de la main au voisinage des articulations phalangiennes. Ces taches ont de 2 à 6 millim. de large, elles sont généralement arrondies ou ovalaires, mais en somme assez irrégulières. Elles ont une couleur rouge vif ou un peu violacé, avec un aspect granité. Elles sont formées d'un semis très dense de points rouges de 1/4 à 1/3 de millim. avec quelques cordons de même apparence; par la pression on fait pâlir ces taches, cependant il reste quelques points qui disparattraient probablement à leur tour par une pression plus forte. Ces taches ne font aucune saillie et la surface de l'épiderme ne présente à leur niveau aucune altération, aucune inégalité, aucune verrucosité. M<sup>110</sup> M... n'a jamais vu aucune de ces taches disparattre une fois formées.

La production verruqueuse est donc tout à fait contingente, elle peut se produire sur des lymphangiomes purs elle peut manquer sur des hématangiomes purs comme l'angiokératome.

L'angiokératome bien typique n'a été observé jusqu'à présent que sur les mains ou les pieds, mais il est probable qu'on trouvera des lésions tout à fait analogues dans d'autres régions. M. Moure a dernièrement observé un malade qui portait sur une corde vocale une petite tumeur qui présentait tout à fait l'aspect d'un nodule des chanteurs. Une fois la tumeur extirpée l'examen microscopique a montré qu'il s'agissait d'un angiome surmonté d'un épaississement considérable de l'épiderme qui revêt le bord libre des cordes vocales. Les coupes de cette petite tumeur présentent une ressemblance frappante avec les préparations figurées par Mibelli et Pringle dans leurs mémoires.

## Sur l'angiokératome.

#### Par M. CH. AUDBY.

Il existe déjà un assez grand nombre d'observations ou de mentions de la lésion signalée par W. Dubreuilh (de Bordeaux) en 1889 (verrue télangiectasique), C. Fox (qui l'a confondue avec les lymphangiectasies), définie par Mibelli (de Cagliari) sous le nom d'angiokératome.

Ce dernier, dans un second travail (Giornale italiano delle malat. veneree et della pelle, 1891) en a réuni 14 sans compter une observation de Breda (obs. inédites de Barduzzi, Bertarelli; celles de Dubreuilh, de Fox; les autres, personnelles). Nous ne comptons pas ici celle de Pringle (d'après Torök). Il existe en outre 2 cas de Pringle (Brith Journal of derm., 1891), 1 de C. Audry et Deydier, (Lyon méd., 1892), 1 de Brocq, 1 de Thibierge, 1 de Lefort (Barthélemy, Annales de dermat., 1892); 2 moulages du musée de Saint-Louis (Merklen, Tennison) sans compter un moulage de télangiectasies symétriques de Vidal; 2 de Joseph et Buzzi (Archiv. für dermat., 1893, p. 130); enfin des cas indiqués de mémoire par Lassar, Saalfeld, Lewin (même indic.) (1). Au total 34 faits avec 13 observations en comptant 3 observations inédites toutes empruntées à la région Toulousaine où les engelures sont très fréquentes et très prononcées. Ces observations suffiront pour donner une idée exacte des localisations de cette lésion. Un mot seulement sur son apparence.

La lésion élémentaire est constituée par un tache vasculaire très petite au début, qui est recouverte d'un tégument normal et qui disparaît momentanément par la pression; à un degré plus avancé, elle devient un peu plus étendue, toujours d'une couleur rouge vif, carminée; elle se coiffe d'une très légère saillie sèche, à peine rugueuse. A un degré complet de développement, le petit angiome est couvert

<sup>(1)</sup> Je n'ai pas pu consulter l'observation de RADCLIFFE CROOKEB, Monaishefte. für prah. derm., t. XIV.

d'une couche cornée épaissie, rugueuse, nettement verruqueuse. Ces lésions sont toujours indolentes; elles débutent constamment pendant l'enfance et l'adolescence et se développent très lentement. Elles saignent facilement et assez abondamment si on déchire l'épiderme qui défend les capillaires de l'angiome.

Obs. I. — Garçon de 15 ans, syphilitique et tuberculeux. Engelures nombreuses, répétées, ulcérées. Mains asphyxiques bleuâtres, avec des marbrures cinabre. Les lésions n'occupèrent guère que les mains et en particulier la main gauche, côte à côte avec les cicatrices gaufrées causées par les engelures ulcérées. Sur la main gauche, éléments très nombreux, très développés, nettement kératosiques disséminés sur la face dorsale des doigts et du tiers inférieur du métacarpe; le pouce en présente, mais en plus petit nombre. Face palmaire indemne. Main droite : éléments moins nombreux, bien verruqueux, limités à la face dorsale des doigts, respectant le pouce.

Pied droit : 3 éléments sur la face dorsale du gros orteil. Pied gauche :

C'est ce sujet qui nous a fourni les matériaux de nos examens histologiques.

Oss. II. — Homme de 22 ans, acnéique. Engelures multipliées ayant laissé des cicatrices. Extrémités bleuâtres.

Éléments nombreux disséminés sur la face dorsale des 2 mains et des doigts. Main droite moins atteinte, le pouce et l'index sont sains ; quelques éléments rudimentaires sur la face palmaire de l'annulaire. Kératose peu prononcée.

A la main gauche, tous les doigts en présentent sur leurs 2 faces; mais la face palmaire est moins altérée: on découvre un petit angiome piqueté au centre même de l'éminence thénar. Kératose nulle ou à peine indiquée. Rien aux oreilles qui ont cependant présenté de nombreuses engelures, Aux pieds, mêmes lésions que sur les mains.

Pied gauche: lésions disséminées sur la moitié antérieure du bord externe et de la face dorsale, des 3 derniers orteils; un élément bien kératosé sur la 2° phalange du 3° orteil. Rien sur la face palmaire.

Pied droit, peu atteint ; quelques éléments sur le 3° et le 4° orteil et à la base du 5°.

Les pieds comme les mains suent abondamment.

Oss. III. — Homme robuste de 21 ans. Engelures nombreuses; cicatrices. Extrémités bleuâtres. Sur la face dorsale du métacarpe droit, 3 petits éléments angiomateux presque imperceptibles dépourvus de toutes saillie; ils se vident et disparaissent complètement par la pression; ils représentent le rudiment de la lésion. 2 éléments semblables sur la face dorsale du métacarpe gauche. Ici la kératose manque complètement, du moins au point de vue macroscopique.

Nous avons examiné plusieurs fragments enlevés des doigts de notre premier malade. Voici les résultats obtenus.

Home James a served

Hypoderme, normal.

Zone des papilles. - Les papilles sont irrégulières, quelques-unes extrê-

mement allongées. Un certain nombre d'entre elles sont plus ou moins complètement remplies par de petits lacs sanguins bordés d'un endothélium très apparent. A leur plus haut degré de développement, ces lacs remplissent complètement la papille et se mettent en contact avec la vitrée. D'autres fois, ils en sont séparés par quelques travées conjonctives délicates. Enfin, en d'autres points, on trouve simplement un capillaire nettement dilaté. D'autres papilles sont normales. Les lacunes sanguines se retrouvent parfois brusquement en plein corps muqueux de Malpighi, ce qui est évidemment dû à l'intrication des papilles dans tous les plans. Quelques-unes de ces dernières sont comme soufflées et présentent une vaste lacune complètement inoccupée, bordée d'endothélium et qui répond vraisemblablement à l'une des précédentes vidée de son contenu. Enfin, l'une des lésions examinées nous a montré dans l'axe des papilles des espaces plus ou moins étendus, lacunaires, bordés d'un endothélium et remplis non pas de globules sanguins mais d'un coagulum granuleux amorphe et incolore. Il est probable que ce sont des lacunes lymphatiques, et en un point, j'ai pu découvrir des relations manifestes avec un lymphatique dilaté; mais il y a lieu de noter que je n'ai point aperçu de noyaux dans le coagulum en question.

La vitrée du derme est normale ainsi que la couche génératrice.

Je n'ai rien vu de bien anormal dans le corps muqueux ; celui-ci ne présente aucun indice histologique d'une inflammation quelconque.

La couche granuleuse est considérablement et irrégulièrement augmentée d'épaisseur ; l'éléidine se trouve en quantité double ou triple de la normale ; nous n'avons rien vu de spécial dans son apparence ou sa distribution.

L'ensemble des couches cornées est très augmenté d'épaisseur ; il présente l'aspect ordinaire des régions où la kératinisation est très active : extrémité des doigts, par exemple. Nous n'avons trouvé aucune trace anormale de persistance des noyaux au delà du stratum lucidum.

Nulle part, nous n'avons rien vu qui indique un processus de vésiculation. J'ai pu en quelques points retrouver les excréteurs des sudoripares avec leur gaine d'éléidine accoutumée.

On pourrait théoriquement critiquer le terme « d'angiokératome », puisque l'hyperkératose peut manquer entièrement, et la lésion, se limiter à un angiome ; cependant la dénomination de Mibelli doit, nous semble-t-il, être conservée car elle indique bien la lésion typique et n'expose pas à la confusion.

On retrouve facilement chez nos malades toutes les étapes d'une affection dont nous avons tout à l'heure esquissé l'aspect clinique: on l'a vue varier du piqueté le plus fin dépourvu de toute excroissance cornée jusqu'à la petite plaque rouge ou carminée couverte d'un petit bouclier rugueux, sec, corné, non desquamant, toujours indolent. Nous en avons vu toutes les localisatious: pieds, mains.

Une seule fois, Pringle a rencontré un angiokératome de l'oreille, et Thibierge une angiectasie du nez, non kératosique d'ailleurs.

Cette lésion et évidemment constituée par un degré variable d'hyperkératose survenue sur un petit angiome. Cet angiome est acquis et relève soit des engelures, soit bien plutôt de l'état asphyxique des extrémités.

Nos faits n'apportentrien de bien nouveau. Ils ont simplement pour but de montrer que l'angiokératome est une lésion réellement fréquente; je dis une lésion, car je crois qu'il y a quelque exagération à le considérer comme une maladie. Nos examens histologiques confirment généralement ceux de Mibelli, et nous montrent pourquoi Pringle n'a pas retrouvé les dilatations lymphatiques; c'est qu'elles sont inconstantes, et peuvent exister sur un élément et manquer sur le voisin. Il est probable que leur présence dépend du degré de développement de l'angiokératome. En thérapeutique, je pense que l'électrolyse reste la méthode de choix car elle évite de petites hémorrhagies et donne de meilleures cicatrices.

C'est surtout au point de vue de l'anatomie générale que l'angiokératome présente de l'intérêt: il nous montre que ce fait de la stase sanguine localisée peut amener la production d'une hyperkératinisation rigoureusement parallèle. Il nous permet ainsi de prendre connaissance des lésions d'une hyperkératose primitivement vasculaire; des caractères qu'elle présente, il n'en est pas de plus intéressant que l'absence des noyaux de la couche cornée. On discutera ailleurs la question en ce qu'elle se rattache à l'étude générale de l'anatomie des kératonoses.

: M. W. Dubreulle. — Je ferai remarquer à M. Audry que plusieurs auteurs ont montré déjà que, dans les angiokératomes, il y a des dilatations lymphatiques aussi bien que des ectasies capillaires. Les deux ordres de dilatations, lymphatiques et capillaires sanguines se combinent toujours en proportions variables; cela se comprend implicitement dès qu'on emploie le terme incomplet, à ce point de vue, d'angiokératome.

#### Critique anatomique de quelques kératonoses.

Par M. CH. AUDRY (de Toulouse).

On sait que depuis Lebert on range sous le nom de kératoses les maladies qui se manifestent par un développement considérable de la couche cornée. Kaposi les divise en kératoses pures (sans hypertrophie papillaire) et kératoses avec hypertrophie papillaire.

Mais il ne tient aucun compte de travaux absolument capitaux en

l'espèce, les travaux fondamentaux d'Auspitz continués depuis lors par Unna et ses élèves. L'école française ne s'est peut-être pas suffisamment préoccupée de ces questions d'anatomie pathologique. Actuellement, elles semblent assez obscures. Cela tient à ce que la nomenclature offre des ambiguïtés; cela tient beaucoup aussi à ce que Unna nous semble avoir complètement bouleversé les conceptions de son prédécesseur, mais en respectant les termes qu'il avait créés.

Le mot de kératonose offre l'avantage d'être tout à fait générique; et d'englober toutes les anomalies de la kératinisation dans quelque sens qu'elles aient exercé leur action. Mais il implique une anatomie de la couche cornée que nous ne pouvons admettre. C'est pourquoi nous avons simplement accepté le terme d'épidermidose qui nous semble au contraire plus précieux que jamais. Primitivement, Auspitz définit les épidermidoses : anomalies de développement de la peau d'origine et du type épithélial, et il y distingua des kératoses (anomalies du processus de kératinisation), des chromatoses (altérations de pigmentations), des acanthoses (lésions de la couche épineuse). Enfin, par les termes de : hyperkératose, kératolyse, parakératose, il désignait l'exagération, la diminution ou la déviation du type de croissance. La conception de Auspitz nous apparaît maintenant erronée sur bien des points; elle n'en a pas moins été sigulièrement féconde, ne fût-ce qu'en provoquant la belle série des recherches de Unna et de ses élèves. Nous prendrons comme point de départ le dernier en date de ces travaux, celui qui a paru en 1890 (Monatshefe f. prakt. Dermat., t. X), dont A. Doyon a donné dans les Annales de dermatologie (1890, p. 720) une analyse détaillée, continuant ainsi l'œuvre pénible et fructueuse qu'il accomplit depuis tant d'années en mettant à la portée de tous des notions qui pèchent parfois par la clarté de l'exposition, et qui sont extraordinairement difficiles a traduire. Si on lit cet article avec attention, il paraît évident que Unna a des tendances marquées à réunir toutes les kératonoses dans la classe des parakératoses. Cela tient évidemment à ce qu'il considère les lésions comme inflammatoires : « catarrhes secs de la peau », et que, très légitimement, il ne peut en disjoindre la notion d'infection. C'est ainsi qu'il en vient à ranger dans la même classe le psoriasis, le pityriasis rubra pilaire et le pityriasis capitis et d'autres formes sèches du catarrhe séborrhéique, l'ichtyose vraie, le pityriasis rubra de Hebra, le pityriasis rosé de Gibert, la trichophytie du corps et du cuir chevelu.

Sur un grand nombre de ces points mes notions personnelles sont insuffisantes. Je ne prétends faire porter la discussion exacte que sur le pityriasis rubra pilaire (maladie de Besnier) et le psoriasis. Du reste, nous nous occuperous aussi de l'anatomie pathologique des

hyperkératoses manifestement secondaires, l'angiokératome par exemple, ainsi, chemin faisant, que d'un certain nombre de lésions comparables, telles que l'ichtyose. Enfin, nous rappellerons les résultats que nous ont fournis l'étude d'un seul cas d'eczéma séborrhéique; on pense bien que sur ce dernier point une grande réserve nous est commandée par la compétence tout à fait spéciale que posséde le chef et le fondateur de l'école de Hambourg.

I. — Un mot d'abord sur l'anatomie générale, ou plus exactement sur la physiologie générale de la peau. Y a-t-il lieu d'établir entre les différentes couches décrites par les histologistes dans le tégument une distinction aussi profonde qu'on le fait ordinairement. Je ne puis, pour ma faible part, m'empêcher de croire que là, comme ailleurs, la morphologie n'ait engagé les observateurs dans une mauvaise voie; il peut sembler qu'on ait pris des points de repère pour des divisions réelles. Il faut féliciter Kromayer d'avoir senti et indiqué cela très vivement quand il a demandé qu'on revint à une catégorisation plus simple de la peau. L'épiderme, à partir de la vitrée est un tout, et il y a longtemps que les histologistes ont insisté sur le rôle fondamental de la couche génératrice (Robin, Renaut). Ici, la caractéristique de l'évolution physiologique du tissu est d'aboutir à la kératinisation, c'est sa fonction.

Nous savons que l'on peut considérer l'éléidine de Ranvier (kératohyaline de Waldeyer-Unna) comme un élément primordial de la transformation cornée. La question se pose immédiatement de savoir si l'éléidine est la condition nécessaire, l'agent de la kératinisation. Unna a énergiquement soutenu le contraire; peut-être les résultats curieux qui nous ont été enseignés par Neelssen, Baraban, Hallé et Wassermann à propos de la kératinisation de l'épithélium de l'urèthre malade viennent-ils à l'appui de cette opinion, car je n'ai pas vu qu'ils aient mentionné la présence de l'éléidine ; mais cependant il n'est pas certain que la muqueuse uréthrale en soit complètement dépourvue. D'autre part ce processus reste très sensiblement différent de celui de la kératinisation cutanée. Au surplus, il importe médiocrement. Unna s'il n'admet guère le rôle kératogène de l'éléidine ne fait aucune difficulté d'y voir tout au moins une substance qui traduit exactement le processus kératinisant. Il importerait donc de savoir exactement ce qu'elle est et d'où elle provient. A un moment donné, on fut porté à l'assimiler à la lanoline que Liebreich pensait avoir retrouvée dans la peau humaine. Cette donnée a été réfutée par Buzzi, Santi. Du reste, elle ne nous aurait pas apporté de bien grandes lumières. Nous pouvons considérer comme certain cela seulement que l'éléidine s'élabore dans l'épiderme, et plus spécialement dans les plans superficiels de la couche épinéuse, des cellules à filaments unitifs.

Il est beaucoup plus difficile de savoir si elle est un produit du

protoplasma ou du noyau. Je sais que Unna la considère comme étant fournie en totalité ou en presque totalité par le protoplasma, et J. Renant, comme peut-être due à une transformation des pointes de Schultz. Je suis très porté à creire que le noyau a au contraire dans sa production, une part considérable; je puis invoquer à l'appui de cette opinion l'élection qu'ont pour elle l'hématoxyline, et même, quoique à un bien moindre degré, le carmin aluné qui est un si mauvais colorant des protoplasmas. Je puis aussi invoquer les transformations subies par le noyau au niveau des couches à éléidine; sa pauvreté extrême en chromatine, etc. Ce sont du reste un peu trop des hypothèses et elles ne sont point nécessaires à l'établissement de ce que je voudrais soutenir ici (1).

II. — Psoriasis. — Hebra considérait le psoriasis comme une lésion inflammatoire; Neumann a depuis lors insisté sur la diapédèse et la multiplication des cellules fixes conjonctives dans les papilles. Kaposi

est resté fidèle à cette manière de voir.

Mais ce n'avait pas été l'opinion d'Auspitz qui l'avait considéré comme une épidermidose, une parakératose. Une telle conception cadre du moins parfaitement avec l'opinion des dermatologistes qui considèrent avec Lang le psoriasis comme une lésion de parasitisme (Wolff, Eklund, etc.). Actuellement, Unna tend à considérer le psoriasis comme une lésion d'inflammation, et de la sorte il n'hésite point à le ranger parmi ses parakératoses (catarrhes secs de la peau) et à l'y mettre à côté du pityriasis rubra pilaire et de certaines formes sèches d'eczéma séborrhéique. Sur tous ces points nous reviendrons tout à l'heure. Il est cependant curieux de constater que H. V. Hébra considère le psoriasis comme une épidermidose au sens d'Auspitz.

Voici du reste les résultats que nous ont fournis nos examens :

Nos premières explorations portèrent sur une large papule, une plaque luxuriante siégeant sur la face dorsale de l'avant-bras d'un jeune homme. Nous crûmes à ce moment que la nature réellement inflammatoire de la maladie, ne laissait pas de doute. En effet, il y avait des lésions tout à fait importantes des couches dermo-papillaires. Les papilles étaient considérablement allongées, effilées, séparées par des colonnes épithéliales étroites, et en dépit de la boutade de Auspitz sur l'inévitable refrain de la mélodie histologique, nous sommes bien autorisés à y voir une traduction des processus inflammatoires. Dans les papilles, surtout par points, on retrouve

(1) Technique suivie: Fixation par l'alcool pur et l'acide osmique, plus rarement par le liquide de Muller. Coloration par le carmin aluné, le picro-carmin, le bleu de méthyle et par l'hématoxyline.

Autant que possible, toutes les biopsies ont été faites sur la face dorsale et externe de l'avant-bras afin d'éliminer les causes d'erreur inhérentes à la différence de structure de l'épiderme suivant les régions. Toutes les recherches ont été faites au laboratoire annexé à ma clinique.

l'indice d'une inflammation intense caractérisée par une infiltration d'éléments embryonnaires qui s'opère autour des vaisseaux axiaux. Il est difficile de savoir dans quelle mesure les cellules fixes participent à leur production. Évidemment, elles sont en général d'origine leucocytiques et révèlent une diapédèse très intense. Rien à noter de bien particulier du côté des fibres conjonctives. Souvent, on constate une évidente dilatation des capillaires; mais la quantité de sang qui les injecte doit varier suivant les conditions physiques où se trouvait le fragment de peau quand on l'a excisé. Mais dans les points ou l'infiltration embryonnaire est très prononcée, il est facile de voir que les leucocytes ont envahi en grand nombre l'épiderme même, et les couleurs d'aniline en particulier les montrent admirablement nettes dans le ciment qui unit ou sépare les cellules génératrices ou épineuses.

Du côté de la vitrée du derme et de la couche génératrice, je n'ai rien vu de bien anormal ; cette dernière paraît seulement un peu effilée.

Les couches profondes du corps muqueux nous ont paru également saines, sauf la présence des globules blancs que nous avons déjà mentionnés.

C est au niveau de la couche granuleuse, ou plus exactement des plans externes du corps muqueux que nous voyons des anomalies qui, pour nous, sont caractéristiques.

Déjà dans les derniers plans du corps muqueux nous voyons avec une netteté inaccoutumée se dessiner l'espace hyalin périnucléaire de Ranvier. Le noyau est, suivant son habitude devenu volumineux, comme gonflé, pauvre en chromatine. Mais tous ces détails qui correspondent vraisemblablement à un état normal s'accusent vivement parce que l'éléidine n'est plus là pour les dissimuler. En effet, cette substance est infiniment moins abondante que dans la normale. Cependant, sur ces coupes, on en retrouve defines granulations semées un peu partout, très généralement intracellulaires. En des points restreints, l'éléidine est un peu plus apparente, et ces points correspondent précisément à des zones où l'aspect de la couche cornée accuse une kératinisation régulière. Ils occupent généralement les zones correspondant au sommet des papilles.

L'ensemble de la couche cornée présente une série de caractères anormaux:

1º La kératinisation ne s'est pas faite ou s'est faite d'une façon très incomplète. Le picro-carmin cessant de colorer en jaune les plans superficiels.

2º On retrouve généralement les noyaux dans toutes les couches cornées, seuls ou mêlés à des débris de chromatine.

3º Il est évident qu'il y a un défaut de cohésion au niveau de la zone qui unit le stratum lucidum à la couche feuilletée; souvent aussi en plein stratum lucidum; il en résulte un clivage irrégulier qui amène la production de la squame dont l'épaisseur et l'organisation varient suivant le niveau où s'est produit le clivage.

Si maintenant nous étudions des éléments de psoriasis beaucoup plus jeunes, gros comme une forte tête dépingle et indemnes de toute irritation secondaire, nous constatons des différences assez profondes: D'abord, les phénomènes qui traduisent un certain degré d'inflammation dermo-papillaire sont infiniment moins prononcés. (Les fragments examinés ont tous été empruntés à la même région : face postérieure de l'avant-bras.) Nous ne voyons plus des papilles allongées et flexueuses. Elles commencent seulement à s'accuser au niveau de la terminaison de quelques houppes vasculaires autour desquelles on note un léger degré de diapédèse.

Rien encore d'anormal du côté de la couche génératrice et des plus profonds du corps muqueux; les leucocytes aberrants sont ici très peu nom-

breux.

En revanche, les anomalies se manifestent à partir de la couche granuleuse avec une énergie et une clarté bien plus prononcées que chez le pre-

mier sujet que nous avons étudié."

1º La couche granuleuse est devenue inappréciable par la disparition à peu près complète de l'éléidine; seul le picro-carmin nous en révèle quelques traces difficilement appréciables. L'espace hyalin périnucléaire se présente avec des dimensions tout à fait exagérées.

2º La kératinisation est complètement déviée.

Tantôt, nous retrouvons au niveau du stratum lucidum, à sa base ou dans son épaisseur le clivage que nous avons vu tout à l'heure et qui détache toute la couche avec ses noyaux.

Le clivage ne se retrouve pas seulement au niveau de la papule macroscopiquement apparente; il existe sur les points de téguments qui semblaient à l'œil nu séparer 2 papules rapprochées mais distinctes.

Tantôt, aux couches externes du corps muqueux qui ont perdu leurs filaments unitifs présentant de gros noyaux clairs baignés dans une atmosphère teinte presque uniformément, on voit brusquement succéder des débris amorphes de desquamation. A ce niveau, il semble que la kératinisation manque complètement, et il n'y a plus de couche cornée.

Les canaux excréteurs des sudoripares sont devenus rectilignes dans leur trajet intra épidermique; eux-mêmes ont perdu presque totalement

leur gaine d'éléidine qui les enveloppe toujours.

Enfin les orifices externes pilosébacés sont envahis par les débris de desquamation. Celles-ci semblent dues à un processus spécial; le noyau des cellules de la couche granuleuse se dilatent, s'effacent de plus en plus; ils disparaissent, et la masse desquamante est formée par des manières de figures comparable à celle que donnent les coupes de moelle de sureau, mais plus ou moins ovales ou arrondies.

Ainsi, la lésion du psoriasis prise à son début, nous apparaît comme une épidermidose légitime. Les stigmates de l'inflammation n'apparaissent que d'une façon secondaire longtemps après l'installation définitive de la papule. Il est probable que cette inflammation secondaire réagit à son tour sur la cause.

En réalité la lésion psoriasique est essentiellement traduite par l'absence de l'éléidine, accompagnée non seulement de l'absence, de l'arrêt de la kératinisation normale, mais encore d'un processus de

kératinisation. Ce serait une kératolyse plus que toute autre chose. Quant à savoir où il faut chercher le point de départ de la maladie, nous ne pouvons que faire des hypothèses. Le meilleur moyen de n'y point tomber serait peut-être de se rapprocher de l'idée de Kromeyer et de considérer l'ectoderme comme un tout, et de ne pas essayer, au moins pour le moment d'aller plus loin.

Et si l'on tenait à une définition, il faudrait dire qu'au point de vue anatomique le psoriasis est une épidermidose kératolysante.

Du reste, je pense que la plupart des données que nous avons indiquées d'après nos propres examens pourraient être retrouvées chez nos prédécesseurs. Je pense aussi que les différences profondes qui existent entre plusieurs d'entre eux et moi-même peuvent être expliquées.

Pour ce qui est des traces évidentes de l'inflammation dermopapillaire vues déjà par Hebra l'ancien, puis par Neumann, par Leloir et Vidal, Lœwe, Wertheim, Kaposi, je pense qu'elles sont secondaires, et qu'on les retrouvera d'autant moins marquées qu'on examinera des lésions moins adultérées. Je me trouve d'accord avec tous les partisans du parasitisme psoriasique, et aussi avec Auspitz, H. von Hebra, Pecirka, Unna, etc.

Mais je dois insister sur 2 points qui me paraissent primordiaux : les troubles de la kératinisation, l'absence ou la diminution extrême de l'éléidine. Nous voici en plein dans la discussion des hyperkératoses (catarrhes secs de la peau) de Unna, qui nous paraissent bien différentes de celles d'Auspitz.

L'absence d'éléidine a été nettement indiquée dès 1882 par Suchard, et ses examens ont un grand poids étant donnés les rapports qui unissaient l'auteur à Ranvier. Je la retrouve moins nettement accusée par Pecirka, qui a donné d'ailleurs une description fidèle de la desquamation psoriasique. Je ne puis comprendre comment Lœwe a été amené à considérer le psoriasis comme un processus d'hyperkératose.

Il faut également noter que Leloir et Vidal ont constaté un état normal de la couche granuleuse et de l'éléidine. Je ne vois qu'un moyen d'expliquer ces discordances, c'est d'admettre que ces auteurs ont étudié des éléments très avancés dans leurs développements. En pareil cas l'inflammation secondaire réagissant sur la lésion suffit à la modifier profondément; cette idée me plairait d'autant plus que je m'efforcerai tout à l'heure de mettre en évidence le rôle hyperkératinisant de l'inflammation (1).

<sup>(1)</sup> D'après Robinson et Jamieson, le processus primitif du psoriasis serait caractérisé par l'hypertrophie du corps muqueux de Malpighi. Ce n'est pas à la dilatation vasculaire qu'il faut attribuer l'augmentation des colonnes interpapillaires. On retrouve les lésions épithéliales du corps muqueux dans les gaines de la racine des poils à un niveau plus profond que celui des corps hyperhémiés. Thin considère que

Restent les dissentiments qui existent entre M. Unna et moi. Je sais que l'éminent dermatologiste de Hambourg considère la diminution de la kératohyaline et la meilleure conservation des noyaux comme un symptôme histologique important, pathognomonique des parakératoses (il n'en fait pas d'ailleurs la cause, l'essence de ces processus).

Au moins sur le premier point, je ne puis partager son avis : la diminution, la disparition de l'éléidine est pour moi un caractère essentiel du psoriasis et du psoriasis seul parmi ses parakératoses. Une autre raison s'opposerait d'ailleurs à ce que je le range dans cette classe, c'est que je n'admets pas sa signification inflammatoire. J'avoue du reste que ce dernier motif serait insuffisant et que j'admettrai très volontiers une parenté anatomique avec la trychophytie qui est aussi une parakératose. Unna semble considérer avec infiniment de raison que l'inflammation, qu'elle soit primitive ou secondaire, n'en conserve pas moins son importance primordiale.

Mais le véritable motif qui me guide est l'impossibilité où je me trouve de ranger dans une même classe le psoriasis, le pityriasis rubra pilaire, et peut-être, l'avouerai-je, l'eczéma séborrhéique, la maladie

de Unna.

III. — Pityriasis rubra pilaire. — J'ai fait connaître récemment les résultats que m'avait donnés l'étude aussi soignée que possible d'un cas de pityriasis rubra pilaire (1). Voici l'exposé des lésions que présenta un fragment de peau glabre macroscopiquement très atteint.

1º Hypoderme normal.

2º Derme : Dans les couches profondes, dans l'hypoderme, on ne constate rien de bien anormal.

Il n'en est plus de même au niveau des papilles et de la zone du réseau. Nous voyons une dilatation vasculaire évidente; une diapédèse très abondante. Un grand nombre de cellules embryonnaires infiltrent toutes les papilles et dans toute leur hauteur à partir des arcades vasculaires. Les papilles sont très sensiblement allongées, de forme un peu flexueuse.

Pas de modification des fibres conjonctives et élastiques.

les lésions épithéliales sont primitives. Weyl regarde le psoriasis comme une alté ration primitive du réseau malpighien. Campana admet que c'est un processus tout à fait différent de celui de l'inflammation de la peau. Bignoni rapporte les lésions papillaires à une altération de l'épiderme et du corps papillaire. Luciani regarde l'infiltration du derme comme un phénomène purement mécanique.

Enfin. Kromayer propose de voir dans le psoriasis une hypertrophie du parenchyme de la peau caractérisée par une infiltration intense de leucocytes qui disloquent l'épiderme et diminue la formation cornée. (Rosenthal : Ueber typische und atypische Psoriasis. Arch. für Dermat. und Syph., 1893, H. I., Ergänzunghefte,

p. 79.

(1) Étude sur le pityriasis rubra pilaire de 1889 à 1892. Gaz. hebdomadaire, 14 janvier 1893.

3º Couche génératrice normale.

4º Corps muqueux : Celui-ci présente une extrême irrégularité d'épaisseur; d'épaisseur normale, ou légèrement augmentée au niveau des espaces interpapillaires, il se réduit quelquefois à 2 ou 3 couches cellulaires au sommet des papilles. L'étude des cellules épithéliales ne nous a rien révélé d'anormal.

Nous y avons retrouvé un petit nombre d'éléments en karyokynèse; mais nous y avons eu une assez notable quantité de globules blancs déformés, logés entre les éléments épithéliaux; rien à noter du côté des pointes de Schultze.

Les étages superficiels (stratum granulosum) sont gorgés d'éléidine; celle-ci offre une abondance tout à fait anormale; elle entoure des noyaux clairs, gonflés, pauvres en chromatine. Les cellules à éléidine se prolongent quelquefois jusque dans les espaces interpapillaires.

5º Les couches cornées s'insèrent directement sur les précédentes. Elles présentent l'épaississement en colonne ordinaire, on y note un caractère particulier. On retrouve facilement les noyaux, tous les noyaux des cellules jusque dans les feuillets les plus externes. Ils sont du reste plus ou moins bien portants, suivant les strates, mais d'une façon très irrégulière; cela se traduit très bien par les inégalités de coloration orange et jaune que donne le picro-carmin; le carmin aluné met bien en évidence les noyaux. On retrouve des grains d'éléidine autour de plusieurs d'entre eux.

Les sudoripares sont saines sauf un degré modéré d'infiltration périphérique. Il n'y avait pas de follicules sébacés sur le fragment excisé. Les fibres musculaires étaient normales. Enfin on notait, et cela mieux encore après l'action des couleurs d'aniline, la présence dans l'axe des papilles de nombreux leucocytes chargés d'un pigment brun qu'on retrouvait même très rarement d'ailleurs dans l'épaisseur du corps muqueux.

Toutes ces tentatives faites pour déceler un micro-organisme quelconque furent vaines.

Je rappelle seulement ici, que les autres observateurs sont d'accord sur ce fait que les glandes sébacées n'ont jamais présenté de lésions.

De ce qui précède, j'ai conclu à l'exclusion du pityriasis rubra pilaire des kératoses pures d'Auspitz; en d'autres termes, j'admets la nature inflammatoire, infectieuse de la maladie, et son origine a interne », vasculo-dermique. Je me hâte d'ajouter que pour affirmer de telles conclusions, j'ai fait entrer en ligne de compte importante l'étude des symptômes, de l'évolution du pityriasis rubra pilaire, et de ses formes anormales exanthématiques.

Deux points seulement seront retenus ici:

1º Quels rapports anatomiques peut-on établir entre le pityriasis rubra pilaire et le psoriasis ?

2º Dans quelle mesure faut-il admettre la conception des parakératoses de Unna étant données les données qu'ils nous fournissent?

1º Je pense qu'il n'y a entre la maladie de Devergie-Richaud-Besnier et le psoriasis que des différences.

J'ai suffisamment insisté sur la grande diminution ou la disparition complète de l'éléidine dans la papule élémentaire du psoriasis pour que l'on s'attende à ce que je rappelle l'augmentation considérable de cette substance sur les coupes de pityriasis rubra. C'est là un point qui suffit à mes yeux pour empêcher tout rapprochement étroit entre ces 2 maladies. On a vu que le psoriasis n'était en rien l'équivalent d'un processus hyperkératinisant ; c'était bien une parakératose d'Auspitz, avec cette différence que réellement, le mot de kératolyse traduisait beaucoup plus exactement la lésion puisqu'il y a non seulement déviation, mais encore diminution considérable de l'évolution cornée. C'est du reste encore un point de vue auquel il faut se placer pour différencier une fois de plus le pityriasis rubra pilaire de l'École française du pityriasis rubra de Hebra. Jadassohn insiste assez vivement sur cette maigreur de la couche granuleuse, sur la diminution de la kératohyaline dans cette dernière maladie, qui, anatomiquement parlant se rapproche beaucoup plus du psoriasis. On l'en rapprochera encore bien davantage si l'on tient compte des tendances de ce même Jadassohn à considérer le pityriasis rubra de Hebra comme une épidermidose.

On a vu également indiquée comme une anomalie à remarquer la persistance facilement appréciable des noyaux des cellules de la couche cornés. (Je me hâte de dire que je n'ai pas à m'occuper ici si on les retrouve moyennant l'intervention des sels de soude (Retterer) dans la peau normale. Je compare seulement les résultats obte-

nus par des techniques identiques.)

Nous avons vu que le clivage qui se passe au niveau du stratum lucidum dans le psoriasis avait pour effet de soulever par endroits une pellicule cornée également nucléée. Mais cette pellicule n'est en rien comparable à l'hyperkératose réellement constatable dans le pityriasis rubra; je pense que cette constatation n'a donc pas dans le 2° cas une signification exactement semblable. Du reste, je reconnais très volontiers que ce fait de la persistance des noyaux n'a absolument rien de pathognomonique; nous reviendrons tout à l'heure sur ce sujet.

2º Cependant Unna le considère comme un des signes communs à ses parakératoses. Je rappelle ici une fois pour toutes que les parakératoses de Unna ne sont pas celles d'Auspitz, car il considère cette expression comme synonyme de catarrhe sec infectieux de la peau. Il semble même qu'au fond, l'éminent dermatologiste de Hambourg soit bien près d'en détourner complètement le sens, et je ne sais s'il n'en viendra pas dans un délai plus ou moins éloigné à disjoindre l'idée de ses parakératoses de l'idée des épidermidoses.

Si, comme nous l'espérons, il arrive à briser complètement le joug si lourd de Hebra, joug aussi étroit et aussi nuisible que le fut celui de Bazin, et à admettre l'origine dermo-vasculaire d'un grand nombre de dermatoses, nous serons tout à fait prêts à adopter la plupart de ses idées. Anatomiquement parlant, il est évident que tous les catarrhes infectieux (ou parasitaires) de la peau ont de fortes chances d'avoir des expressions anatomiques comparables; peu importerait alors que les lésions inflammatoires soient, comme nous le pensons, secondaires dans le psoriasis, primitives dans le pityriasis rubra pilaire. Cependant, même alors, nous éprouverons de bien grandes difficultés à ranger sous une même étiquette ces deux maladies. Il me semble que Unna s'en est très bien rendu compte lui-même quand il nous a dit qu'il mettait le pityriasis rubra pilaire (et l'ichtyose) sur la frontière des hyperkératoses. De la sorte, je crois me rapprocher beaucoup, au fond, de sa manière d'envisager les choses en rappelant que j'ai considéré le psoriasis comme une épidermidose kératolysante, et que je ne puis mieux définir ma façon de comprendre le pityriasis rubra pilaire : une dermite kératinisante.

Ici se pose une question tout à fait importante : celle des rapports à établir entre l'hyperkératinisation et les anomalies de structure du derme capables d'apporter des modifications à la nutrition de l'épiderme.

IV. — Angiokératome. — L'examen de quelques éléments d'angiokératome va d'abord nous montrer les modifications apportées dans la structure et l'évolution épidermique par un trouble purement vasculaire, indépendant de toute inflammation. A ce pointde vue, l'angiokératome a une réelle importance et son étude est tout à fait intéressante (1).

1º Hypoderme : normal.

2º Zone des papilles. Les papilles sont hautes, minces; les unes apparaissent constituées normalement; d'autres présentent dans leur axe un capillaire notablement dilaté. Quelques-unes sont remplies par de petits lacs sanguins qui les remplissent parfois complètement et arrivent au contact de la vitrée du derme. On retrouve ces lacs disséminés dans l'épaisseur du corps muqueux; mais il est évident que cela est dû simplement à l'intrication des papilles dans tous les plans. Il est possible de surprendre en quelques points leurs rapports avec des capillaires afférents. Leur paroi n'a rien de caractéristique; elle est constituée par une rangée de cellules appliquées sur des fibres conjonctives délicates.

Quelques papilles sont creuses, comme soufflées; cette lacune s'est vidée. D'autres, les plus distendues, sont creusées d'une cavité remplie par un exsudat granuleux de nature indéterminée et où je n'ai point vu de leucocytes. C'est pourquoi malgré la forme sensiblement aplatie de cellules qui leur

(1) Voir notre communication sur l'angiokérome (même réunion).

L'examen clinique montre avec la plus grande évidence que l'hyperkératinisation est secondaire à l'angiome.

font un revêtement continu, j'hésite encore à y voir des dilatations lymphatiques; cependant j'ai vu l'une d'elles en continuité avec un canal qui avait toute l'apparence d'un lymphatique dilaté.

3º Épiderme. Les cellules de la couche génératrice ont des orientations très irrégulières; elles sont souvent aplaties, insérées très obliquement, et ont souvent perdu leur disposition cylindrique. En quelques points, leur

base d'implantation présente une ciliation extrêmement nette.

3º Corps muqueux. Rien de bien anormal dans la couche profonde, si ce n'est parfois un certain degré d'aplatissement des cellules. Les filaments unitifs (pointes de Schultz) sont admirablement développés, le stratum granulosum présente une richesse considérable en éléidine. Celle-ci se répartit sur 5 à 6 couches de cellules et présente son aspect ordinaire de fines granulations périnucléaires, peut être aussi extra-cellulaires.

On ne retrouve pas de globules blancs dans l'épiderne; ou plus exactement, ils ne sont pas plus nombreux que dans la peau normale. Je n'ai pu

constater positivement aucune figure de karyokynèse.

Les cellules de la couche granuleuse se dilatent; leur noyau se ratatine; leur protoplasma s'éclaircit, et elles se transforment en masses vacuolées; puis la transformation en strates cornées compactes, adhérentes entre elles, s'achève.

La couche cornée a naturellement pris un développement considérable; on n'y trouve ni noyaux, ni débris de chromatine.

Çà et là, apparaissent les canaux excréteurs des sudoripares avec leur gaine d'éléidine.

Ainsi, indépendamment des faits qui confirment la description de Mibelli et sur lesquels nous avons insisté ailleurs, nous voyons ici un beau type d'hyperkératinisation véritablement passive. La partie active de l'épiderme est complètement indemne de manifestations irritatives. L'énorme couche cornée compacte qui succède à la couche granuleuse n'est pas nucléée.

V.— Ichtyose. — Nous avons pu tout récemment étudier un fragment de peau excisé de l'avant-bras d'un enfant de 10 ans, entré à notre clinique pour une ichtyose congénitale et familiale nettement caractérisée, et d'une intensité moyenne. (Type entièrement classique au point de vue clinique de l'ichtyose serpentine.)

Les résultats que nous avons obtenus se rapprochent de quelquesuns des examens déjà pratiqués; mais ils s'en éloignent sous d'autres rapports.

Hypoderme normal, sauf peut-être un développement considérable du tissu élastique. Aucune trace d'une inflammation quelconque; graisse normale.

Glandes sudoripares nombreuses et bien développées, assurément saines sinon augmentées de nombre. Elles semblent seulement dans un plan relativement profond.

Les coupes des racines des poils ne révèlent pas d'anomalie bien mar-

quée. Au contraire, il nous a semblé que les sébacées présentaient un aspect spécial; elles sont petites, ratatinées; les cellules se colorent uniformément en rose vif par le picro-carmin, et n'ont plus leur aspect jaunâtre; elles sont également ratatinées et serrées, comme en voie d'atrophie; du reste, il n'y a aucune inflammation à leur périphérie.

Rien à noter du côté des vaisseaux sanguins et lymphatiques.

Les papilles ne sont nullement augmentées de volume, ni de hauteur; bien au contraire, l'épiderme a pris en maint endroit une disposition planiforme comparable à celle du tégument normal du dos. Nulle trace d'inflammation ni de sclérose. De loin en loin, on rencontre une papille qui présente un brusque relèvement aigu.

Épiderme: vitrée normale, bien accusée. Couche génératrice normale. Corps muqueux. Il est sensiblement aminci. Les cellules ont un aspect un peu spécial. globuleux. Le noyau est volumineux, régulier; il remplit presque la cellule dont le protoplasma est très clair. Les filaments unitifs sont très peu prononcés; le picro-carmin seul les laisse voir, et ils sont peu nets. Nulle trace de diapédèse. Aucun signe d'inflammation. Cet aspect globuleux des cellules nous a paru tout à fait remarquable.

Les cellules sont brusquement envahies par une quantité considérable d'éléidine diffuse pour constituer la couche granuleuse qui est évidemment développée d'une manière exagérée; l'éléidine est augmentée en totalité, distribuée régulièrement, sans égard pour le sommet des relèvements papillaires. A noter que l'éléidine, très apparente sur les coupes au picro-carmin, est complètement dissimulée par le carmin aluné.

La couche granuleuse est immédiatement couverte par le stratum desquamant, sauf au niveau de quelques rares papilles acuminées au delà desquelles on retrouve quelques gros noyaux clairs qui s'atténuent et disparaissent.

Le stratum desquamant est énormément augmenté d'épaisseur. On n'y retrouve aucune trace de nucléation apparente. La couche cornée présente cette particularité que les strates qui la constituent ne sont nullement cohérentes, mais clivées les unes sur les autres ; elles sont donc dépourvues d'adhérence entre elles.

Du côté des poils, débris cornés feuilletés autour du poil même dont l'infundibulum est ainsi dilaté.

Ainsi, absence totale de phénomènes inflammatoires. Ectoderme plutôt planiforme; on ne retrouve que très exceptionnellement un peu d'allongement et d'acumination des papilles. Amincissement notable du stratum malpighien dont les cellules sont globuleuses, et où les filaments unitifs semblent atrophiés. Hypertrophie régulière de l'éléidine; hyperkératinisation considérable amenant la genèse de strates cornées feuilletées non nucléées et dépourvues d'adhérence entre elles.

Ces caractères nous semblent différencier complètement l'ichtyose de toutes les lésions étudiées. L'absence absolue de phénomènes inflammatoires rend bien difficile son groupement dans les parakératoses.

Je ne vois là rien, absolument rien qui nous permette de rapprocher l'ichtyose du psoriasis, du pityriasis rubra pilaire, de l'angiokératome. L'hyperkératinisation qui est avec l'amincissement et l'altération du corps muqueux le signe frappant, aboutit à une hyperkératose spéciale où l'on ne retrouve ni la persistance nucléaire, ni la disposition compacte des strates (angiokératome, verrue, etc.).

D'autre part, nos examens ne confirment nullement l'opinion de Kaposi relativement à l'unité des différents processus ichtyosiques. Nous savons parfaitement que l'examen bien connu d'Esoff ne s'appliquait nullement à l'ichtyose congénitale et familiale vraie, mais bien plutôt à ces états ichtyosoïdes qui ont permis à Tommasoli d'émettre son paradoxe: nihil in epidermide quod non prius fuerit in chorio. Quant à tirer une conclusion relative à la nature même de l'ichtyose, je ne m'y crois pas autorisé. Je ne puis néanmoins m'empêcher d'insister sur l'intégrité des sudoripares et la lésion des sébacées ratatinées.

Cela peut servir à montrer que si les sudoripares contribuent à la fonction grasse de la peau, elles sont incapables de l'assurer.

Il reste à se demander si la lésion des sébacées n'est pas primitive et n'amènerait pas l'atrophie du corps muqueux; il est bien difficile de ne pas admettre une relation entre le peu d'adhérence qui existe entre les couches hyperkératinisées d'une part, et l'atrophie ultime qui a frappé les filaments unitifs.

Dans tous les cas, l'ichtyose classique, vraie, doit être distinguée des ichtyoses hystrix et autres où l'allongement, l'acumination des papilles prend une importance capitale, et l'on ne peut pas songer à

l'englober dans les parakératoses.

Ce que nous dirons tout à l'heure à propos du papillome corné neurotique fera voir, je pense, que Kaposi a probablement tort d'assimiler à l'ichtyose ordinaire les productions cornées distribuées d'après les trajets nerveux (1).

VI. — Verrue. — On a eu parfaitement raison de comparer le processus de l'angiokératome de kératinisation à celui des verrues.

Chez ces dernières, en effet, il semble bien probable que l'hyperkératinisation est modelée sur l'hypervascularisation des papilles devenues singulièrement hautes, effilées, pénétrantes au milieu d'un corps muqueux richement développé et sillonné par des filaments unitifs extraordinairement apparents. Là encore, augmentation énorme de l'éléidine, et kératinisation très exagérée, la couche cornée n'est pas nucléée. Est-ce un processus entièrement passif consécutif aux

<sup>(1)</sup> Je pense également qu'il faut admettre l'existence de la kératodermie héréditaire des extrémités de Unna. Là encore, nous retrouvons la tenace et redoutable synthèse de Hebra qui est pour nous ce que fut la dictature de Bazin pour nos prédécesseurs.

troubles de nutrition, amené par la stase sanguine dermique? A la vérité, aucune lésion, sauf complication et irritation locale, ne paraît, histologiquement et même cliniquement, posséder une apparence moins inflammatoire (1).

Kuhnemann a insisté sur l'irrégularité de la répartition de l'éléidine, abondante surtout au sommet des papilles. Ce fait est presque normal, et montre simplement que l'activité de prolifération épidermique a son maximum en ce point qui correspond d'ailleurs à l'extrémité de l'anse vasculaire. Quant à la persistance des noyaux de la couche cornée en ce même endroit, elle peut manquer absolument; de plus, quand je l'ai constatée, je ne l'ai jamais vue se propager jusqu'aux strates externes.

Cependant, il est impossible de ne pas tenir compte des falts récents qui semblent bien établir nettement l'origine microbienne des verrues qui se trouvent présenter une structure de kératinisation sensiblement comparable à celle de l'angiokératome.

Rien ne nous a donc permis de conclure que la persistance des noyaux de la couche cornée est un caractère pathognomonique des parakératoses, et on ne peut guère faire de ce signe un argument contre notre hypothèse qui regarde le pityriasis rubra pilaire comme une dermatite kératinisante. Mais voici d'autres lésions où nous retrouvons ce même phénomène, et qu'il semble tout à fait possible d'associer aux parakératoses (psoriasis à une période avancée, trichophytie, etc.), je veux parler des végétations et des cornes.

Sur des coupes de végétations d'ailleurs extraordinairement développées du gland (l'épiderme mesure 0,003 d'épaisseur au moins) nous constatons les lésions classiques de la base conjonctive; augmentation considérable du nombre et du calibre des vaisseaux, traînées de cellules d'aspect néoplasique, presque sarcomateuses, etc. Nous retrouvons un corps muqueux d'une épaisseur invraisemblable où pullulent des figures de karyokynėse, où la diapédèse n'est cependant presque pas exagérée. Ce corps muqueux est coiffé par une couche d'éléidine d'une richesse proportionnelle. Puis au delà, on retrouve un stratum lucidum nucléé, et ce stratum se poursuit pour ainsi dire jusqu'à la superficie, envahi qu'il est par la kératinisation. Là encore, persistance des noyaux dans tout ce qui représente la couche cornée. Cependant on peut encore nous objecter qu'en réalité nous prenons pour la couche cornée le stratum lucidum, et que la première est réellement absente. J'ai dit tout à l'heure ce que je pensais de la légitimité des divisions établies d'une manière si rigide par les anatomistes entre les diverses couches de l'épiderme. Mais voici du reste

<sup>(1)</sup> Il est inutile de faire remarquer que je ne prétends pas donner l'histologie détaillée de la verrue, de la corne, de la végétation. Je prends seulement ce qui peut intéresser la question actuelle, c'est-à-dire la forme de leur kératinisation.

une lésion à laquelle on n'appliquera pas ce reproche; voici des coupes de productions cornées de la joue et de la lèvre.

Je ne veux pas revenir en détail sur l'étiologie de ces lésions. On connaît ces énormes murs épithéliaux fenêtrés découpés de loin en loin par des papilles étroites, extrêmement hautes, presque perforantes, toujours vasculaires. Je me borne à noter sur des coupes que je dois à l'obligeance de mon ami Lacroix (de Lyon) (corne de la joue) un développement des pointes de Schultze (filaments unitifs) tels que je ne l'ai jamais vu et qui donne à tout le corps muqueux un aspect fibrillaire. Ce corps muqueux est surmonté d'une couche granuleuse où l'éléidine a pris un développement considérable. Or, cette couche granuleuse commence la couche cornée: il n'est pas aisé ici de délimiter un stratum lucidum ni d'un côté ni de l'autre. Enfin, entre les strates les plus éloignées, les plus kératinisées, nous retrouvons encore les noyaux : nous les retrouvons à une distance de 0,01 de la couche granuleuse, et jusque sur les bords d'un tissu qui s'effiloche pour ainsi dire sous l'action des agents extérieurs (1).

Je reconnais du reste que théoriquement les faits précédents n'ont pas une portée irréfutable; beaucoup de médecins considèrent les « végétations » comme des lésions contagieuses et parasitaires (Fabris et Fiocco, etc.); et il n'est pas déraisonnable de soutenir une opinion semblable pour quelques cornes. Mais il n'y a pas beaucoup de dermatoses auxquelles on ne puisse au besoin attribuer plus ou moins

légitimement une telle origine.

Mais si l'on tient à considérer la verrue comme parasitaire, on sera bien obligé d'accorder que dans ces cas-là, on peut très bien ne pas retrouver la nucléation de la couche cornée.

Du reste, l'étude d'une belle lésion d'eczéma-séborrhéique (maladie de Unna) (2), nous montre que là encore il semble bien qu'on retrouve les traces du phénemène; j'avoue qu'il était relativement mal caractérisé dans le cas en question. Mais l'hypertrophie de la couche cornée était trop peu prononcée quoique réelle, pour qu'on pût l'apprécier en toute sécurité. En revanche, je note en passant ce fait qu'ici l'éléidine était plutôt augmentée.

Il est impossible de ne pas constater un rapport réel ou probable entre la nature des lésions et la persistance de la nucléation de la couche cornée. Mais je crois que les derniers faits montrent bien qu'un tel symptôme n'est pas pathognomonique des parakératoses, et

<sup>(1)</sup> Même constatation faite par Lewin dans ses recherches sur les kératoses syphilitiques.

<sup>(2)</sup> On trouvera l'observation détaillée dans le *Midi médical*, 12 mars 1893 (Formes aigües de la maladie de Unna (eczéma séborrhéique). Le fait qu'il s'agissait d'une lésion modifiée par une poussée aiguë nous oblige sur ce point à une grande réserve.

qu'il peut se trouver en dehors d'elle. Nous reconnaissons qu'on le rencontre plus ou moins accusé à peu près dans toutes les dermatoses inflammatoires ou parasitaires; nous avons vu qu'il manquait dans l'angiokératome, kératose d'origine purement vasculaire.

Bien des questions se posent encore, que nous n'abordons même pas ici faute de documents personnels. Cependant l'obligeance de mon ami E. Lacroix qui fut longtemps mon collègue dans le laboratoire du Dr J. Renaut m'a mis à même d'examiner des coupes de papillome corné névrotique, c'est-à-dire d'une lésion voisine des nævi verruqueux et de certains faits noyés autrefois dans les ichtyoses (1). Nous pensons de la sorte prendre quelques notions d'une hyperkératinisation dont la cause a pu être rapportée avec quelque vraisemblance à l'influence nerveuse.

A tout le moins, elle n'est ni inflammatoire, ni vasculaire. On ne saurait s'empêcher de remarquer que dans ce cas-là, on ne retrouve précisément pas la nucléation des couches kératinisées.

Je n'insiste pas sur l'état du derme qui est normal, ainsi que la couche génératrice. Rien de bien particulier à noter du côté du corps muqueux dont les cellules apparaissent un peu granuleuses dans les espaces interpapillaires. Ainsi que dans la majorité des cas, l'éléidine a son maximum de richesse dans le stratum granuleux qui coiffe le sommet des papilles. Lacroix dit que les couches superficielles du corps muqueux des espaces interpapillaires présentent une kératinisation prématurée qui se caractérise par la disparition partielle des filaments unitifs, et par l'apparition de boules cornées dans la zone endoplastique, et il insiste sur la conservation de la forme globuleuse des cellules cornifiées (acné varioliforme, Renaut). C'est un processus qui est familier à certaines hyperkératinisations, et sur lequel nous n'avons pas jugé à propos d'insister. Mais de sa description il semble ressortir que l'on constate la persistance des noyaux dans le stratum feuilleté.

Or, sur les 5 préparations que j'ai pu examiner, je n'ai pas pu constater ce fait; sans doute, on retrouve des noyaux au delà de la couche granuleuse; mais jamais jusqu'au bord de la coupe.

De loin en loin, apparaissent au beau milieu du stratum feuilleté des colonnes de cellules nucléées; mais je pense que cette apparence est due à l'intrication des papilles dans tous les plans; or, quelques-unes d'entre elles sont d'une longueur démesurée. Peut-être d'ailleurs est-ce simplement à une disposition semblable qu'on rencontre des apparences semblables à l'examen des verrues.

<sup>(1)</sup> Le malade a été observé par Augagneur, qui a fait faire à ce sujet la thèse d'ailleurs un peu écourtée de Mathieu (Lyon, 1892). On y trouvera l'observation de ce malade, et une analyse histologique détaillée de E. Lacroix.

A coup sûr, nous n'avons rien ici qui ressemble à la persistance complète des noyaux telle que nous l'avons vue dans le squame psoriasique, dans les produits d'hyperkératinisation du pityriasis rubra pilaire.

Conclusions. — Je n'émets ici que des propositions. Si je les formule d'une manière nettement affirmative, c'est seulement pour les énoncer avec plus de clarté.

1º L'augmentation de l'éléidine est un phénomène qui accompagne constamment l'hyperkératinisation quelle qu'en soit l'origine et la

nature.

2º Il est probable que la persistance des noyaux de la couche cornée hypertrophiée doit être regardée comme l'indice d'un processus de kératinisation active, secondaire à des influences parasitaires établies, probables, ou possibles.

3º On ne le retrouve pas en effet dans les hyperkératoses nettement vasculaires (angiokératome) ou nerveuse (papillome corné neuro-

tique).

4º Il est à remarquer qu'on ne le retrouve pas ou qu'on le retrouve mal dans les verrues vraies, et quelquefois même dans l'eczéma séborrhéique.

5º On ne peut pas considérer la persistance des noyaux des couches

cornées comme signe exclusif des parakératoses.

6° La lésion initiale du psoriasis est constituée ou traduite par la disparition ou la diminution de l'éléidine; elle nous apparaît comme le résultat d'une épidermidose vraie, épidermidose kératolysante. C'est seulement après l'installation de phénomènes inflammatoires secondaires qu'on peut regarder le psoriasis comme un type des parakératoses au sens de Unna. Au début, du reste, il répond bien à la notion pure d'Auspitz.

7º Le pityriasis rubra pilaire ne peut pas être rangé à côté du psoriasis. Il en serait plutôt l'opposé. Il est dû à un processus d'hyperkératose franche probablement secondaire à une inflammation dermo-papillaire primitive : c'est une dermite hyperkératinisante;

ce n'est pas une parakératose.

8º Il n'est pas certain que la diminution de l'éléidine soit un phénomène constant des parakératoses (on peut la trouver normale ou

exagérée dans l'eczéma séborrhéique).

9° L'ichtyose congénitale et familiale du type vulgaire se distingue nettement de toutes les lésions précédentes par l'absence d'indices inflammatoires, l'amincissement du corps muqueux, l'absence de nucléation et d'adhérence dans les couches hyperkératinisées.

Il y a lieu de se demander si l'on ne doit pas faire jouer un grand rôle à l'atrophie des sébacées. Dans son ensemble, elle constitue une lésion paradoxale où l'augmentation de l'éléidine et une hyperkératinisation intense se greffent sur un tégument atrophique.

L'ichtyose n'est nullement identique au papillome corné neurotique.

## ÉLECTIONS

Sont élus membres titulaires :

MM. SOUPLET, MÉNEAU, ROLLET,

JEANSELME, AUDRY. MM. Puy Le Blanc, Rénoux,

> LEGRAIN, P. ARCHAMBAULT.

Sont élus membres correspondants :

MM. RASCH, HAVAS,

de Méric,

Le secrétaire,
Albert Mathieu.

# SÉANCE DU 7 AVRIL

#### PRÉSIDENCE DE M. LAILLER

SOMMAIRE. - A l'occasion du procès-verbal : Pelade et vitiligo, par M. BAR-THÉLEMY. (Discussion : MM. E. BESNIER, DUBOIS-HAVENITH, HALLO-PEAU.) — Sur un cas d'intoxication arsenicale, par M. CATHELINEAU. — Gangrène symétrique des extrémités chez une enfant de quinze mois, par M. H. MEN-DEL. (Discussion: M. HALLOPEAU.) - Sur un cas d'épithélioma multiple à cicatrices, consécutif à l'eczéma solaire, par M. Jonathan Hutchinson. (Discussion: MM. E. BESNIER, LAILLER, DUBREUILH, DUBOIS-HAVENITH.) -Des alopécies atrophiques, par M. W. DUBREUILH. (Discussion : M. E. BESNIER.) -Alopécie leucodermique, par M. HASLUND. (Discussion: M. E. BESNIER.) -Favus de l'homme, de la poule et du chien, par M. SABRAZÈS. — Pseudo-tuberculoses faviques expérimentales, par M. SABRAZES. - Note sur le favus de l'homme, par M. Bodin. - Contribution à l'étude du psoriasis unguéal, par M. MENEAU. - Essais cliniques sur le gallanol, par MM. P. CAZENEUVE et ETIENNE ROLLET. — Du collodion iodé dans le traitement des teignes, par M. I. BUTTE. (Discussion: MM. HALLOPEAU, DU CASTEL.) — Présentation de préparations du bacille de la lèpre, par M. THIN. - Action locale des alcaloïdes de la sécrétion sudorale, par M. AUBERT.

# Pelade et vitiligo. Vitiligo des organes génitaux.

Par M. BARTHÉLEMY.

Plusieurs cas de vitiligo avec pelade ou de pelade avec vitiligo ont été publiés dans ces derniers temps ; je me suis dès lors demandé ce qu'ils présentaient de particulier. En effet, dans les faits que j'ai observés, tout s'est toujours passé d'une manière identique :

La pelade disparaît et le vitiligo reste.

Le vitiligo est une affection essentiellement chronique pendant la durée duquel peuvent survenir telles ou telles autres affections tout à fait indépendantes de lui.

Dans les cas qui ont été soumis à mon observation, il était déjà ancien et n'avait fait tomber aucun cheveu ni aucun poil; ceux-ci restaient très touffus, très adhérents, mais blanchis, comme on peut le voir sur les photographies que voici. Or, une pelade survient avec ses caractères habituels; elle dure plus ou moins longtemps, comme cela arrive aussi dans d'autres cas, plus longtemps même si l'on veut, que dans les cas vulgaires, mais enfin, elle finit par guérir.

La pelade ne se fût-elle même pas guérie, qu'elle se comporterait encore comme elle peut le faire dans certains cas où il n'y a pas de vitiligo. Non pas que je nie que le sujet vitiligineux puisse présenter un terrain particulier favorable au développement et à la pérennité de la pelade; mais, ce que je n'ai pas observé, c'est que la pelade dans ces cas fût autre que ce qu'elle est ailleurs. (Je ne parle bien entendu que de la pelade contagieuse, parasitaire, ayant rapidement détruit les cheveux ou poils dans des zones bien circonscrites, que les troubles graphiques soient dus au parasite lui-même ou à ses produits solubles, etc.)

La pelade, d'ailleurs, se rencontre en coïncidence de bien d'autres affections cutanées; j'en ai vu pour ma part, avec des eczémas, avec des psoriasis, avec la syphilis; dans un cas, au moment de la période secondaire, survint une alopécie intense; au bout de quelques mois de traitement spécifique, celle-ci disparut, mais la pelade resta ce qu'elle était auparavant; elle guérit du reste quelques mois plus tard par un traitement approprié. (injections intradermiques de sublimé).

D'autre part, le vitiligo se montre aussi avec d'autres affections ; en voici des photographies chez une syphilitique; voici un chancre simple développé sur une plaque de vitiligo: le chancre simple gué-

rit, et le vitiligo, malgré la cicatrice, resta immuable.

Le vitiligo de la vulve, du pubis, des régions inguinales et inguinocrurales, ainsi que des seins, est loin d'être rare, comme le prouvent ces 4 photographies recueillies à St-Lazare dans l'espace d'une année.

Or, toutes ces affections préexistantes ont évolué comme si elles avaient existé isolément; le vitiligo restant toujours ce qu'il était auparavant ou suivant symétriquement ou à peu près, sa marche lentement progressive, mais n'attaquant, dans les poils comme dans les cheveux, que leur coloration et non leur solidité et ne déterminant la chute d'aucun d'eux.

De ces faits, je crois pouvoir conclure que le vitiligo ne met pas à l'abri de la pelade, mais que la pelade n'est pas plus fréquente chez les vitiligineux que chez ceux qui ne le sont pas, et que la pelade quand elle se développe sur un sujet vitiligineux, se comporte comme si le sujet n'avait ni dischromie, ni calvitie; ou bien qu'il ne s'agit pas de ce que nous appelons communément la pelade; car il est bien entendu qu'on ne peut indistinctement désigner sous ce nom toutes les chutes de cheveux ou pertes de poils, fussent-elles trophonévrotiques.

Puisque je montre des photographies, qu'il me soit permis de profiter de l'occasion pour placer sous les yeux de la Société des photographies du col utérin, chancre syphilitique du col, catarrhe blennorrhagique du col, végétations du col, etc. Le col utérin n'ayant pas encore jusqu'ici paru sous l'objectif photographique, avec cette netteté du moins.

M. E. Besnier. — La pelade et le vitiligo ont un rapport quelconque à déterminer par des recherches plus précises, mais les faits que j'ai observés

établissent, pour moi, la réalité de ce rapport. Le plus récent de ces faits est relatif à deux frères placés dans un foyer peladique; l'un a la pelade, l'autre un vitiligo avec plaques de canitie simple sans alopécie dans le cuir chevelu. Voilà donc une question d'un grand intérêt sur laquelle il y a lieu d'ouvrir une enquête nouvelle.

M. Dubois-Haventh (Bruxelles). — La coexistence sur un même sujet du vitiligo et de la pelade a été signalée plusieurs fois. Je l'ai observée pour ma part dans deux cas. J'avoue que j'ai été bien tenté de voir dans la concomitance de ces deux affections comme une preuve, sinon de l'origine nerveuse de la pelade, du moins de l'influence du système nerveux dans la production de cette dermatose. A ce propos, je rappellerai la communication que j'ai faite en 1889 et qui avait trait, dans un cas, à la coexistence chez un même malade de la pelade et du zona, et dans un autre à la coexistence à la fois de la pelade, du lichen plan de Wilson — un lichen plan type — et du zona. Je donne ces observations à titre de documents.

M. Hallopeau. — J'ai observé un cas de pelade achromique accompagnée d'une éruption lichénoïde; mais il ne s'agissait pas de véritable lichen plan.

M. Dubois-Havenith. — Le fait auquel je viens de faire allusion se rapportait bien au vrai lichen de Wilson.

### Sur un cas d'intoxication arsenicale.

Par H. CATHELINEAU.

A. L..., 45 ans, balayeur, entre le 14 mars 1893, salle St-Louis, nº 37. pour une éruption siégeant sur les faces antérieure et latérales du tronc, le dos, les avant-bras et les bras, les cuisses, en un mot sur toute la partie du corps en rapport avec sa chemise. Le cou, la face, la partie inférieure des cuisses, les jambes sont respectés. L'éruption aurait débuté vers le 8 mars.

Forme éruptive. — Cette éruption consiste en une série de pustules de dimensions inégales, bien isolées les unes des autres, supportées par une base rouge, un peu infiltrée. La majeure partie de ces pustules sont d'ailleurs vidées et le liquide exsudé s'est concrété en croûtelles un peu molles, jaunâtres, impétiginiformes. On a la notion qu'il y a eu des poussées successives. Dans l'intervalle des pustules il n'y a pas d'érythème généralisé, en aucun point on ne voit d'ulcérations. On ne constate ni gale, ni phthiriase. On pense aussitôt à une dermite artificielle, étant donnée la délimitation si particulière de l'éruption.

Le malade n'a absorbé aucun médicament ; il jouit généralement d'une très bonne santé.

Trois ou quatre jours après son entrée, sous l'influence d'un traitement

très simple (grands bains, glycérolé d'amidon), puisqu'on ignorait la nature de l'éruption, les croûtes sont tombées laissant des surfaces érosives rougeâtres.

Sur quelques éléments, les érosions sont déjà en pleine réparation, l'épiderme ancien, tombé, se limite par une collerette; en quelques points, on note encore de petites pustules non vidées. Au point de vue des symptômes fonctionnels on ne constate pas de prurit, seulement une légère chaleur.

Au bout de 8 jours, les lésions sont en pleine réparation, les érosions s'épidermisent, ne laissant comme vestige que les taches rouges.

La chemise de couleur bleue portée par le malade et à laquelle l'éruption était attribuée avait déià servi une première fois pendant 8 jours sans produire aucun accident sur la peau. Elle fut lavée ensuite et ce ne fut que la seconde fois que le malade la mit que l'éruption commença au bout de deux jours d'usage.

Sur les conseils de M. le professeur Fournier, j'ai procédé à l'analyse chimique de la chemise dont le malade était encore porteur à son entrée à l'hôpital.

Je n'entre pas dans les détails des différents essais qui furent pratiqués, je dirai seulement que par les liqueurs obtenues, soit en faisant bouillir la chemise avec de l'eau distillée, soit en traitant la chemise directement par les réactifs employés pour la destruction des matières organiques, liqueurs qui furent évaporées et, après divers traitements, introduites dans un appareil de Marsh, l'anneau caractéristique de l'arsenic fut très nettement obtenu.

Je n'ai trouvé aucune autre substance toxique.

On peut donc conclure en disant que l'éruption provoquée chez ce malade et nettement limitée aux parties du corps recouvertes par la chemise est de nature arsenicale.

Il reste à expliquer la provenance de cet arsenic.

### Gangrène symétrique des extrémités chez une enfant de quinze mois.

Par H. MENDEL Interne du service de M. le professeur Fournier.

J'ai l'honneur de présenter à la Société une petite fille de quinze mois, atteinte d'une maladie assez rare à son âge : la gangrène symétrique des extrémités ou maladie de Raynaud.

Notre petite malade est âgée de quinze mois. Ses parents, dont elle est le premier, enfant sont en bonne santé.

À l'âge de neuf mois, elle a présenté subitement les lésions suivantes: Au pied droit, la mère s'est aperçue un soir que les quatre premiers orteils étaient noirs comme de l'encre, le pouce était atteint seulement au niveau de sa phalangette; les trois autres dans leur totalité. Les parties lésées étaient froides et dures. La face dorsale du pied était violette, gonflée et résistante. De temps en temps, la face antérieure de la jambe devenait bleuâtre, mais redevenait vite normale.

Quarante-huit heures après, le pied gauche était atteint à son tour, mais seulement au niveau de la phalangette du gros orteil; la face dorsale du pied était violette et tuméfiée, ainsi que la face antérieure de la jambe

à sa partie antérieure.

Les mains ne furent pas épargnées. Deux jours après, la main gauche était atteinte des mêmes lésions. La face dorsale de la main était gonflée, tuméfiée, dure, ainsi que la face dorsale du poignet. La lésion avait son maximum à la partie centrale du dos de la main, plus noire et plus dure que le reste.

Enfin, une autre petite lésion de même aspect survenait en même temps

au dos de la main droite et à la phalangette du médius.

A ce moment, 15 octobre 1892, l'enfant fut présentée à M. le Dr Sevestre, à l'hôpital Trousseau. Ce médecin prescrivit l'application de pommade

boriquée et fit prendre à l'enfant un peu de caféine.

Mais les lésions ne s'arrêtèrent pas là, car huit jours après, la face était également atteinte. On put observer à la joue gauche la formation d'une plaque du diamètre d'une pièce de cinq francs, d'un bleu sombre, résistante, dont le centre était complètement noir, sec et dur; mêmes symptômes atténués à la joue droite. Toutes ces lésions ont donc été absolument symétriques.

Au moment de l'apparition de ces taches de sphacèle, l'enfant paraissait souffrir violemment; une fois la lésion constituée, elle semblait ne plus

éprouver de douleur.

L'attaque que je viens de décrire, s'arrêta là. Pendant trois semaines les lésions persistent à leur période d'état, puis elle pâlissent. La nuance passe du noir au brun, puis la tache se creuse et s'ulcère : ces pertes de substance ne se cicatrisèrent qu'au bout de deux mois. La petite malade avait perdu les ongles des deux orteils et les extrémités des 3° et 4° orteils droits.

Pendant six semaines, l'enfant ne présenta pas de récidives. Mais, quand elle était exposée au froid ou seulement à l'air vif, ses oreilles devenaient livides, ainsi que le nez et les doigts. Ces syncopes locales, suivant l'expression de Maurice Raynaud, cèdent au retour à une température plus chaude. Les parties livides subissent alors une réaction intense : elles rougissent et se gonflent, puis reviennent assez rapidement à l'état normal.

Le vendredi 18 mars, vers huit heures du soir, l'enfant jeta de grands cris: la mère, en l'examinant, s'aperçut que le gros orteil droit était repris et qu'il était noir comme du charbon à son extrémité. Elle se présenta à l'hôpital Saint-Louis le lendemain même et entra dans le service de M. le professeur Fournier avec son enfant.

La petite malade est actuellement àgée de quinze mois, elle a toutes les apparences d'une parfaite santé, son poids est de 8 kilog. 100 gr.

L'attaque actuelle est bien moins sévère que les précédentes, puisqu'une partie seulement de la phalangette du gros orteil droit a été atteinte. On y observe, au niveau de la pulpe, une tache de trois centimètres environ de longueur sur un centimètre de largeur, tache d'un noir d'encre, sèche, rugueuse. Le reste de la pulpe du gros orteil est hypertrophique, cicatricielle, rosée, résistante. L'ongle du gros orteil est à demi-repoussé. Les ongles et l'extrémité des phalangettes des 3° et 4° orteils de ce côté ont disparu.

Le gros orteil gauche est hypertrophique, le tissu de sa pulpe est également rosé et cicatriciel.

L'enfant porte encore, comme traces des atteintes antérieures deux petites cicatrices : l'une au dos de la main gauche, l'autre au niveau de la joue gauche.

Et c'est tout : l'enfant ne présente aucune autre lésion. Le cœur et les poumons sont sains. Les deux fémorales, les deux pédieuses battent normalement; elles sont souples. L'urine ne contient ni sucre ni albumine. Il n'y a pas d'engorgement ganglionnaire.

A l'hôpital, les deux pieds furent protégés au moyen d'un pansement ouaté, et on donna à l'enfant un peu de sirop d'iodure de fer.

La maladie s'arrêta là, et dès le 25 mars, on put observer la régression de la lésion. La tache de sphacèle s'éclaircit: elle passe du noir de charbon au brun. Puis peu à peu, on note une desquamation de la peau environnante et de la tache sphacélique. Cette fois, pas d'ulcération; la plaque de gangrène se détache des parties saines, et ce travail de mortification est nettement indiqué aujourd'hui.

Malheureusement, il est à craindre, étant donnée la marche ordinaire de la maladie, que cette dernière atteinte ne soit pas la dernière.

Nous nous sommes trouvés ici en présence d'un cas des plus nets de maladie de Raynaud. En effet, symétrie des lésions, absence d'altérations appréciables des vaisseaux, bonne santé générale, toutes ces grandes lignes se trouvent dans notre cas. Il est, de plus, intéressant de remarquer que la maladie n'a pas affecté la même forme dans les deux attaques. Les premières taches de sphacèle se sont ulcérées : la tache récente se mortifie simplement.

Cette dernière forme n'avait pas été omise par M. Raynaud : « Quelquefois, dit cet auteur, surtout chez les enfants, les phlyctènes se dessèchent au lieu de se rompre, le liquide qu'elles renferment est résorbé; elles prennent une coloration brune et se détachent sous formes de lamelles. Au-dessous d'elles, on trouve un épiderme dur et lisse qui, insensiblement, reprend sa couleur normale. »

Les faits de ce genre sont rares. Dans les recherches que nous avons faites, nous n'avons pu en trouver qu'une douzaine d'observations, car nous avons cru devoir écarter les cas de gangrène symétrique survenant chez les enfants, à la suite de traumatismes ou d'infections diverses.

C'est ainsi que M. Hutchinson a établi que chez l'enfant, les ulcérations gangréneuses pouvaient survenir comme complications de la varicelle. Quelques faits, dont un de M. le professeur Grancher,

ont suivi la vaccination, et laissent supposer une infection produite au moment de l'opération.

Un cas de Myers a suivi la rougeole, un autre de Southey avait été précédé de fièvre avec taches purpuriques, enfin, de nombreuses observations, entre autres une de Trousseau et onze de Goldschmidt, montrent que la gangrène symétrique des extrémités peut survenir aussi au déclin de la fièvre typhoïde.

Qu'il nous soit permis d'ajouter quelques mots à propos de la pathogénie de cette affection. La question a avancé depuis Raynaud. On ne croit plus guère à présent au spasme vasculaire. Un cas de Goldschmidt et Recklinghausen a apporté une notion nouvelle. Chez une femme morte après avoir présenté des poussées successives de gangrène, ainsi que des symptômes évidents de sclérodermie, Recklinghausen a pu constater une endartérite des petites artères : il s'agissait d'une endartérite végétante et oblitérante des artérioles terminales, ayant amené des lésions non seulement de la peau, mais du cœur, des poumons et des reins.

On peut penser que ces mêmes lésions des artères microscopiques existent dans la maladie de Raynaud. Mais la constatation de cette lésion ne ferait que reculer la question sans la résoudre, et l'hypothèse d'un microbe spécifique s'est déjà présentée à l'esprit de plusieurs auteurs. Dans un récent article de la Lancet, M. Champell Williams après avoir rapporté deux cas de gangrènes multiples chez un petit tuberculeux de deux ans et chez un athrepsique de 7 mois, énonce cette hypothèse fort acceptable d'un microbe spécifique qui pourrait, soit compliquer certaines lésions, soit cultiver d'emblée sur des organismes favorables.

Mais cette hypothèse, quoique vraisemblable, demanderait à être appuyée par des faits.

M. HALLOPEAU. — La théorie du spasme vasculaire ne me semble pas devoir être abandonnée ainsi à la légère. Elle seule permet d'expliquer ces alternatives de refroidissement avec aspect violacé et de rougeur avec élévation thermique qu'on voit assez fréquemment chez ces malades. Des lésions d'endartérite permanente ne sauraient en rendre compte. Les observations de Recklinghausen ne peuvent donc encore être considérées comme suffisamment démonstratives.

### Des alopécies atrophiques.

Par M. W. DUBREUILH (de Bordeaux).

(Voir page 329).

ANN. DE DERMAT. - 3º sie, T. IV.

#### Discussion:

M. E. Besnier. — Je veux toucher seulement trois points de la très importante et très intéressante communication de M. Dubreuilh : la nomenclature, le pronostic, le traitement des alopécies atrophiques ou cicatricielles.

La nomenclature : A titre provisoire, je conseille, pour mon compte, la dénomination d'alopécies innominées, cicatricielles ou pseudo-cicatricielles, jusqu'à ce qu'une dénomination ferme, et vraiment motivée, puisse être appliquée à chaque espèce.

Le pronostic: Il existe, dans la série peladique oraie, des alopécies simulant les alopécies cicatricielles vraies, et dans lesquelles la repullulation du poil se fait ad integrum, même après des délais extrêmement longs; on pourra, dans les cas douteux, faire l'examen biopsique de la peau éburnée, et reconnaître la persistance dans certains cas du système pilosébacé.

Le traitement: Quelle que soit la nature du traitement local appliqué, je considère qu'il y a un intérêt majeur à limiter la lésion par l'épilation méthodique, laquelle consiste: 1° à avulser avec la pince tous les poils malades; 2° à avulser autour de cette première zone une série de trois à quatre millimètres de poils sains; 3° à tailler, aux ciseaux, alentour, et à maintenir jusqu'à guérison, une zone de cheveux tondue, qui permet une surveillance attentive de la bordure épilée, laquelle doit être également maintenue. Non seulement on peut ainsi faire l'application thérapeutique d'une manière très précise, mais on peut surveiller mathématiquement son évolution, et, par ce seul moyen, dans la grande majorité des cas, limiter topographiquement la maladie aux points où elle existait au début du traitement.

#### Alopecia leucodermica.

Par le professeur HASLUND Médecin de l'hôpital communal de Copenhague.

Depuis la publication, en 1885, de mon travail sur le leucoderma syphiliticum (1) il n'a paru parmi les travaux concernant le même thème, qui méritent la mention, qu'un mémoire important d'Ehrmann (2) basé sur des recherches microscopiques, et dans lequel il s'occupe de la pathogénie du phénomène; il démontre, que la tache leucodermatique se forme, parce que le pigment ne peut pas monter du derme dans l'épiderme, selon toute vraisemblance, parce que les cellules dentelées, qu'il a dénommées cellules « traductrices de pigment », qui se trouvent à la frontière du derme et de l'épiderme, ont

d

C

fa

n

fo

C

d

tr

es

ď

CC

re

65

ne ho

an

on

ce

leu

got de l'er

rép

<sup>(1)</sup> Nordiskt médicinskt Arkiv., vol. XVII, nº 17.

<sup>(2)</sup> Ergänzungshefte sum Archiv. f. Dermatologie und Syphilis, 1891.

dégénéré de façon à ne plus pouvoir fonctionner. Pour ce qui concerne les taches leucodermatiques, qui naissent après des papules hypertrophiées et suintantes, il y a lieu de considérer également ce fait, que les cellules épidermiques dégénérées ne peuvent pas absorber le pigment, qui sera résorbé alors en sa place dans le derme même.

Il soutient comme Neisser, Riehl, moi-même et la plupart des auteurs qui se sont occupés de la question, que la tache leucodermatique est absolument secondaire à une efflorescence syphilitique et non pas un phénomène sui generis; de plus, que le leucoderma syphilitique est parfaitement bien caractérisé par sa localisation, sa forme, la grandeur des taches, leur tendance presque constante à ne pas croître et le manque d'entassement de pigment dans la périphérie,

de sorte qu'il présente une grande valeur séméiologique.

Tout ce que j'ai observé depuis la publication, en 1885, de mon travail, n'a fait que confirmer mon opinion une fois exprimée, qu'on est en droit de prononcer avec certitude, même si on ne découvre pas d'autres symptômes syphilitiques chez l'individu, le diagnostic d'une éruption cutanée syphilitique pas trop ancienne (1), quand on a constaté la présence sur le cou du leucoderma, et nous n'avons qu'à regretter que le phénomène ne se présente plus invariablement après les syphilides cutanées, parce que sa valeur séméiologique y gagnerait beaucoup. Pourtant mes recherches ont démontré, que le phénomène se montre un peu plus fréquent chez nous qu'ailleurs, chez 65 1/2 0/0 de toutes les femmes attaquées de syphilis secondaire, et chez 31 0/0 des hommes, tandis que les observations de Neisser ne le constatent que chez 45 0/0 des femmes et chez 4 0/0 des hommes.

Je me permettrai maintenant d'appeler l'attention sur un fait, concernant le leucoderma syphilitique, que je n'avais pas remarqué auparavant, mais qui s'est attiré mon attention pendant les dernières années; je ne l'ai pas trouvé mentionné chez aucun des auteurs qui ont étudié la question, et les syphilidologistes avec qui j'ai causé à ce sujet ont avoué l'ignorer.

Il s'agit du rapport des cheveux avec la tache leucodermatique. J'ai

<sup>(1)</sup> Il n'y a que quelques syphilidologistes, qui prétendent qu'on peut trouver le leucoderma chez des individus n'ayant jamais eu la syphilis. Je n'ai jamais observé de tels cas; j'ai bien rencontré des cas où il se trouvait des cicatrices blanches, à la nuque par exemple, après la pédiculose du cuir chevelu ressemblant au leucoderma, ou des taches albâtres après un traitement à la chrysarobine d'un psoriasis goutté, qui ont présenté une certaine ressemblance avec la tache leucodermatique de la syphilis, mais un examen plus approfondi démontrera dans les deux cas l'erreur, parce qu'au premier cas, on distingue facilement par la loupe la cicatrice, et dans le second cas, on trouve par l'examen de la surface complète de la peau une répartition et une expansion des taches qui caractérise la maladie précédente.

écrit dans mon mémoire de 1885, p. 6, que la texture de la peau dans la tache n'a subi aucune altération et que les poils follets lanugineux sont intacts : de son côté Neisser a affirmé que le leucoderma est une anomalie pigmentaire dans une peau restée sans aucune altération. Je n'avais jamais vu le leucoderma dans le cuir chevelu, et ce n'est qu'en découvrant chez un petit garçon souffrant de syphilis transmise, une alopécie du cuir chevelu (paraissant en taches de la grandeur d'un pois, les unes assez près des autres), que j'ai observé que cette chute par macules des cheveux était liée à un décroissement ou à un manque de pigment dans les macules en question; il avait en outre un leucoderma fortement prononcé sur les côtés du cou et dans la nuque. Plus tard, j'ai retrouvé la même alopécie leucodermatique (comme je l'ai dénommée) de plus en plus fréquente chez d'autres syphilitiques; je l'ai trouvée plus fréquente, parce que je l'ai recherchée, car sa présence dans le cuir chevelu n'est pas à constater, à moins qu'on ne fasse couper les cheveux ras du malade (par la tondeuse). Voilà pourquoi maintenant nous procédons à la coupe des cheveux, aussitôt que nous constatons leur chute ou du leucoderma sur les autres parties du corps, et nous trouvons alors les cas de plus en plus fréquents. Cette opération ne peut cependant se faire qu'à l'homme ; mais je ne doute pas, qu'on trouverait le même phénomène bien plus fréquent chez la femme que chez l'homme. On trouve l'alopécie étendue sur tout le cuir chevelu ou sur la plus grande partie du sommet et de la nuque ; les taches qui ne sont presque jamais complètement dépourvues de cheveux, mais couvertes de cheveux bien plus rares que les parties non affectées, ont la forme et la grandeur des macules syphilitiques; le plus souvent lenticulaires, elles peuvent atteindre parfois la grandeur d'un pois, quelquefois même d'une pièce de dix sous, ou sont encore plus grandes ; le nombre des macules est très variable, quelquefois très serrées, presque confluentes, souvent moins nombreuses et alors le plus souvent limitées à une partie du cuir chevelu. Les cheveux qui restent dans la macule adhèrent moins que les cheveux sains, ils se cassent sous le niveau de la peau par la moindre traction. Il est quelquefois pas très facile de constater, que la macule, aux cheveux clairs ou dépourvue de cheveux, est en même temps plus blanche que les environs, chez les sujets bruns on le distingue pourtant assez facilement, en les faisant couper de façon à laisser agir la tondeuse en sens inverse des cheveux, de sorte qu'ils sont coupés aussi près que possible du niveau de la peau; s'il ne s'agit que de constater la présence de l'alopécie, on les fera couper dans le même sens que les cheveux.

Je n'ai jamais observé l'alopécie leucodermatique sur les autres parties poilues du corps, dans la barbe, dans les aisselles, et dans le pubis; mais je l'ai observée plusieurs fois dans les sourcils; l'alopécie

syphilitique se présente ici, - si je ne me trompe, Fournier l'a démontrée - sous une forme bien caractéristique : les sourcils prennent un aspect irrégulier, comme très mal soignés, ce qui dérive (d'après ce que j'ai constaté) de la chute en macules des poils, sur les taches devenues leucodermatiques après une efflorescence syphilitique. Mais ne trouve-t-on pas des faits analogues pour les taches leucodermatiques sur les parties dites glabres de la peau où on ne trouve que des poils follets lanugineux? Ceci est très difficile à constater parce que les poils lanugineux sont le plus souvent (surtout sur les endroits où on trouve par excellence du leucoderma) si peu nombreux, minces, grêles et sans couleur, qu'il devient impossible de juger correctement le cas même sous la loupe. J'ai eu pourtant plusieurs fois l'occasion de le démontrer assez clairement, sous des circonstances favorables, c'est-à-dire chez des hommes avec une peau bien brune et bien poilue, chez lesquels le leucoderma était très étendu et surtout bien prononcé des deux côtés du tronc. Le lendemain de la première friction à l'onguent napolitain on distinguait les taches bien plus facilement, car les orifices des follicules pilaires, portant encore des cheveux, ressortaient bien plus à cause de l'onguent qui colle à la base du poil; on distinguait alors une différence marquée quant au nombre des poils dans les taches blanches et sur la peau saine; quelques-unes des taches leucodermatiques étaient complètement chauves, tandis que d'autres n'avaient qu'un ou deux poils, d'une adhérence minime. J'ai constaté aussi chez quelques femmes ayant un leucoderma très prononcé du cou, après des frictions à l'onguent napolitain, la même pauvreté de cheveux dans les taches blanches. Je n'oserais pas affirmer si le leucoderma est toujours lié à une telle alopécie : je suis disposé à le croire, mais, comme je l'ai dit, les circonstances le rendent souvent difficile ou impossible à le pouvoir démontrer. On voit sur les photographies suivantes, une alopécie leucodermatique plus diffuse après une efflorescence maculeuse du cuir chevelu, ainsi qu'une alopécie à répartition plus partielle, où il y a eu en même temps une papule centrale dans la macule préexistante; on voit alors une cicatrice pigmentée au centre de la macule.

M. E. Besnier. — En ce qui me concerne, je partage à peu près complètement, sur la syphilide pigmentaire, les opinions que professe M. Haslund, et relativement à l'alopécie, je puis affirmer, et je l'ai déjà souvent montré dans cet hôpital, que, si on veut la chercher, on rencontrera assez fréquemment l'alopécie spéciale décrite par M. le professeur Haslund.

### Favus de l'homme, de la poule et du chien.

Par JEAN SABRAZÈS.

(Voir p. 340.)

## Pseudo-tuberculoses faviques expérimentales.

Par JEAN SABRAZÈS.

L'extension progressive du godet jusqu'au voisinage des vaisseaux de la région papillaire devait nous conduire à envisager la possibilité d'une généralisation parasitaire par la voie sanguine, à la faveur d'un traumatisme par exemple. Cliniquement, en dehors du cas de Kundrat et de Kaposi (1) qui mériterait d'être vérifié, on ne connaît pas, chez l'homme, de lésions faviques extra-cutanées. Chez les animaux, comme la souris, le favus s'aggrave localement, creuse de proche en proche les tissus profonds jusqu'aux os du crâne qu'il perfore, mais je ne sache pas qu'on ait jamais constaté, d'une façon certaine, une dissémination à distance dans les viscères thoraciques et abdominaux, par un processus comparable à celui de la granulie. A priori cette généralisation ne nous paraissait pas impossible. Aussi avons-nous essayé de réaliser sur l'animal ce qui n'était tout d'abord qu'une conception purement théorique, une simple vue de l'esprit.

Nous avons d'abord expérimenté sur le tube digestif sans succès : en faisant absorber à la souris des godets et des cultures sporulées de nos champignons, nous n'avons jamais pu provoquer un favus des voies digestives.

Mais, en revanche, nous avons obtenu des pseudo-tuberculoses faviques non douteuses des poumons et du péritoine par l'inoculation intra-veineuse d'une part, intra-péritonéale d'autre part, des spores de culture.

Dans un premier cas, j'ai injecté dans la chambre antérieure d'un lapin quelques gouttes d'une dilution dans le bouillon de spores d'oospora canina provenant des cultures pures d'un godet d'inoculation à l'homme ; le reste de la dilution contenu dans la seringue stérilisée, soit un peu moins d'un centimètre cube, fut injecté dans la veine auriculaire du même lapin. Au 3e jour, l'animal succombait après avoir présenté des phénomènes dyspnéiques. La chambre antérieure était remplie de flocons blanchâtres au milieu desquels on retrouvait des colonies du parasite ; l'ensemencement a reproduit d'emblée, à l'état

dε ca

tie pa m

b

d

d

le

<sup>(1)</sup> Communication à la Société de médecine de Vienne, le 17 octobre 1884.

de pureté sur tous les milieux, le champignon inoculé, l'oospora canina, ainsi que vous pouvez en juger sur les rétrocultures que je fais passer sous vos yeux. Tous les organes examinés attentivement étaient indemnes, sauf les poumons qui étaient parsemés de granulations miliaires; elles sont pour la plupart intra-vasculaires, constituées par une nappe de leucocytes nécrosée au centre; c'est à ce niveau que les procédés de coloration que je vous ai décrits m'ont permis de mettre en évidence des colonies filamenteuses, rayonnées très régulièrement, uniquement formées par un mycélium jeune, prenant bien les matières colorantes, et qui représentent des colonies de favus du chien en voie d'évolution. L'examen des coupes avec ou sans double coloration sera d'ailleurs plus suggestif que de longs développements.

J'ai pu aussi obtenir une pseudo-tuberculose du péritoine, dont voici des préparations, en injectant dans la cavité abdominale d'un cobaye une culture pure sporulée d'Achorion Schænlieinii, et de même l'injection intra-veineuse d'une culture récente de trichophytie a pro-

voqué une mycose trichophytique du poumon.

Ces inoculations ont été faites dans des conditions très rigoureuses d'asepsie et avec des cultures éprouvées et dont l'irréprochable pureté a été notée par M. Kral, de Prague, auquel j'ai fait, sur sa demande, plusieurs envois, et par M. Costantin, de Paris, qui a étudié ces champignons au point de vue botanique.

Ce sont là des expériences en cours d'étude sur lesquelles je désire appeler l'attention pour prendre date et dont les résultats détaillés

seront publiés ultérieurement.

#### Note sur le favus de l'homme.

Par E. Bodin, interne de l'hôpital Saint-Louis. Travail du laboratoire de pactériologie de M. le D<sup>r</sup> E. Besnier.

La question de la pluralité des favus a fait en ces derniers temps l'objet de travaux importants, surtout à l'étranger. Le laboratoire de M. le Dr Besnier étudie cette question depuis plusieurs mois. Je viens ici exposer les faits bactériologiques qui ont été observés et aussi les déductions générales auxquelles ils conduisent.

Evidemment notre programme n'a pu comprendre la vérification totale des faits énoncés sur le sujet par MM. Unna et Neebe il y a 2 ou 3 mois, leur preuve ne peut être l'œuvre d'un jour. Encore moins avons-nous le droit de discuter des faits plus récents tels que ceux que l'on vient de porter à votre connaissance.

Nous avons voulu seulement reprendre à nouveau le sujet au point

de vue bactériologique et tirer de ces études particulières les déductions générales qu'elles comportent; ceci bien entendu, en tenant compte, et dans la plus large mesure, des faits fournis par d'autres laboratoires quand bien même la vérification absolue n'en aurait pas encore été faite par nous.

Il est d'abord une chose indiscutable, c'est que tous ceux qui se sont occupés de la question en se servant des méthodes expérimentales, ont isolé chacun une ou plusieurs variétés faviques nouvelles.

Aussi existe-t-il dès aujourd'hui de nombreuses espèces décrites: L'une par Quincke en 1881: favus de Quinche; une 2° par MM. Mégnin et Duclaux: favus de la poule; une autre par MM. Costantin et Sabrazès: oospora canina Costantin-Sabrazès.

Enfin neuf espèces décrites ces derniers mois par MM. Unna et Ueebe et que ces auteurs ont désignées d'après leur provenance sous les noms géographiques de *Polonicus*, *Bohemicus*, *Batavus*, etc...

Voici maintenant le résultat de nos recherches personnelles sur le sujet. Nous avons en ce moment 200 cultures provenant de 19 cas de favus; ces cultures établissant l'existence de 7 espèces différentes; ce qui montre environ une espèce nouvelle tous les 2 ou 3 cas nouveaux.

Je passe ici sur leurs caractères différentiels qui sont rendus évidents par la culture en milieux spéciaux; je passe également sur la persistance de ces caractères prouvée par des cultures sériées et des passage sur tous milieux, antérieurs aux cultures que je vous montre. Je ne m'attacherai qu'aux résultats généraux qu'on peut tirer des faits étudiés tant par moi que par les observateurs qui m'ont précédé.

Ces faits généraux, les voici :

1º La pluralité des favus est aujourd'hui hors de toute contestation.

2º Dès à présent le nombre des favus paraissant considérable, il est prématuré de désigner une espèce favique par le nom de l'animal sur lequel elle s'est rencontrée, car rien ne prouve encore, qu'un même animal ne puisse avoir plusieurs favus et que le même favus ne puisse cultiver sur plusieurs animaux.

3º Il serait aussi prématuré de désigner les espèces faviques par leur contrée d'origine; un même pays pouvant présenter plusieurs favus et le même favus pouvant exister dans plusieurs pays.

C'est ainsi, par exemple, que l'espèce humaine seule et dans une

région restreinte nous a donné 7 espèces sur 19 cas.

4º Étant donné que rien ne peut faire prévoir actuellement le nombre des espèces faviques, l'isolement d'une ou de deux espèces nouvelles doit être d'avance considéré comme facile et son intérêt comme secondaire tant que son diagnostic extemporané chez l'homme ne sera pas possible, tant que son pronostic ou sa thérapeutique ne seront pas fixés.

Il faut se garder de différenciations purement théoriques qui restent sans valeur pour le médecin.

De ces faits, une comparaison s'impose entre le nombre illimité encore des favus et ce nombre déjà très grand des trichophytons connus et décrits.

Les 2 teignes humaines que rapprochent déjà leur commune origine cryptogamique, ont jusque dans leurs points secondaires la plus étroite ressemblance. Les faits acquis de leur étude se corroborent pleinement et permettent d'entrevoir des propositions générales applicables aussi bien à l'une qu'à l'autre, au favus et à la trichophytie.

Je les formulerai en mon nom et au nom de mon collègue et ami, M. Sabouraud, en les présentant non comme des propositions démontrées, mais comme les hypothèses qui, dans l'état actuel des choses,

sont devenues les plus probables.

Si dans le favus et la trichophytie de l'homme la pluralité des parasites est telle que tous les 2 ou 3 cas nouveaux on puisse rencontrer un parasite non encore décrit, si d'autre part chaque espèce de ces parasites est fixe, irréductible à toute autre, ce qui paraît d'ores et déjà prouvé, il devient presque mathématiquement impossible que tous les cas de favus et de trichophytie aient pour origine un cas de favus ou de trichophytie antérieurs. En d'autres termes, il devient extrêmement probable que tous ces parasites peuvent exister à l'état indépendant dans la nature comme l'actinomycose par exemple et que leur inoculation à l'homme est un fait accidentel.

Je dois m'excuser ici de présenter cette hypothèse qui va diamétralement contre l'opinion médicale universelle sur le sujet, mais deux

raisons nous autorisent à la formuler.

1º La proche parenté des champignons dermatophytes de l'homme et du champignon de l'actinomycose dont l'existence saprophyte, non

parasitaire, ne fait plus de doute à l'heure actuelle.

2° Ce fait, négatif si l'on veut mais très important, que le nombre des espèces parasitaires isolées dans les dermatophyties exigerait rationnellement, pour ne se propager que par contagion, des maladies au moins 10 fois plus fréquentes que nous ne voyons autour de nous le favus et la trichophytie.

Et c'est consciemment que nous avons rapproché les 2 teignes, leur parenté étroite étant affirmée encore par leurs caractères botaniques ainsi qu'en témoignent les formes conidiennes du favus et des tricho-

phytons à grosses spores très analogues entre elles.

D'ailleurs, en ce qui concerne la question purement botanique, je dois dire aussi, avec toutes les réserves que me commande la haute valeur spéciale de M. Costantin, que contrairement à lui, je ne crois pas à l'impossibilité d'obtenir dans les cultures une fructification spéciale du favus dont la présence empêcherait de ranger ce parasite

parmi les oospora. Sur certains milieux, en effet, mais seulement sur eux, on obtient des formes de fructification spéciales, mais ces formes me sont encore trop peu connues pour que d'après elles je puissse affirmer, le genre auquel rattacher les achorions. Car au contraire de certains champignons dont l'appareil sporifère est très fréquent, celui du favus est tellement rare que je n'avancerai ce fait qu'avec la plus extrême réserve.

En somme, pluralité encore indéfinie des espèces faviques et origine saprophytique des teignes humaines, favus et trichophytie, comme hypothèse probable, tels sont, Messieurs, les 2 points auxquels je restreindrai ma communication aujourd'hui.

# Contribution à l'étude du psoriasis unguéal.

Par M. MÉNEAU Médecin consultant à la Bourboule.

Le psoriasis unguéal paraît avoir été entrevu pour la première fois par Alibert, sous le nom de consomption dartreuse des ongles; mais la première description, à peu près complète que nous en ayons, est due à Biett (1835). Cazenave (1847) reprit cette étude et la compléta. Suivant cet auteur, le psoriasis unguium coexiste souvent avec d'autres formes et notamment avec la forme guttata. L'affection gagnant la matrice de l'ongle, la sécrétion est viciée, l'ongle se contourne, se couvre d'aspérités, devient inégal et lamelleux.

Suivant Rayer (1835), le psoriasis palmaire peut gagner la matrice unguéale, qui devient le siège d'une inflammation chronique, les ongles s'épaississent, se recourbent, se fendillent et finissent par se détacher. Ils sont remplacés par d'autres qui peuvent subir euxmêmes une semblable altération.

Devergie (1863) admet deux formes de psoriasis unguium. La description est assez claire, mais n'est pas assez explicite pour nous permettre de croire qu'elle ne s'applique qu'à des psoriasis avérés et entraîner la conviction. Son psoriasis aigu des ongles semble même s'appliquer à l'eczéma de ces parties.

Hardy (1868), qui avait placé le psoriasis unguium à côté des psoriasis palmaire et plantaire, avait reconnu qu'il pouvait parfois exister seul et ajoutait qu'il était souvent alors méconnu; mais le plus souvent, il coexiste avec le psoriasis palmaire et plantaire. Il est caractérisé par des rainures profondes, donnant à l'ongle un aspect inégal. Souvent l'ongle tombe; il est alors remplacé par une croûte écailleuse qui finit elle-même par se détacher aussi.

Bazin avait fait (1862) du psoriasis unguium une des variétés de

s

le

da

p

ti

C

d

C

le

le

li

N

tı

son psoriasis herpétique. Le psoriasis unguium est caractérisé par un épaississement plus ou moins grand et par des cannelures longitudinales des ongles qui deviennent très friables, se déforment, se disjoignent à leur extrémité libre, suivant leurs lamelles, finissent par tomber pour être remplacés par des écailles jaunâtres entraînant suivant leur siège aux mains ou aux pieds des troubles variés.

En 1868, Bazin reprend la question et fait remarquer que le psoriasis peut se limiter aux ongles, mais que, le plus souvent, lorsqu'il occupe cette région, l'éruption se montre en même temps çà et là sur

le reste du corps.

Le psoriasis peut affecter simultanément tous les doigts ou bien se borner à quelques-uns d'entre eux. Le plus souvent, son degré de développement n'est pas le même pour tous les doigts qu'il atteint.

La guérison se fait dans le sens de la repousse de l'ongle, les parties postérieures étant guéries les premières. Ce retour à l'état normal

suit le même marche que l'altération.

Ancel (1868), dans une thèse inspirée par Bazin, montre que l'affection présente 3 grands caractèrès distinctifs : 1° Début par un amincissement de la lame cornée permettant de voir par transparence le derme sous-unguéal plus distinctement qu'à l'état normal; 2° dépressions formant par leur réunion des stries transversales qui se succèdent de la partie postérieure à la partie antérieure de l'organe, d'où formation sur l'ongle de crans suscessifs : 3° enfin, chute de l'ongle qui disparaît par parcelles épidermiques.

En 1876, mon excellent confrère et ami, M. le Dr Vérité, médecin consultant à la Bourboule, publie une observation de psoriasis superunguéal. Les orteils du malade étaient coiffés de coques épidermiques, à la manière de doigts de gant; celles-ci tombées, il est resté dessous des ongles atrophiés, mais persistants, et l'auteur insiste sur la présence, dans l'intérieur des coques, d'une excavation où s'étaient logés les ongles qui y ont laissé leur empreinte. Suivant M. Vérité, le psoriasis unguium affecterait toujours une marche chronique.

Suivant MM. Besnier et Doyon (1891), il faut distinguer deux choses dans la maladie qui nous occupe : un psoriasis des ongles, des localisations unguéales dans un grand nombre de cas de psoriasis.

En 1891, dans une de ses conférences cliniques sur le psoriasis, M. le D<sup>r</sup> Quinquaud admet un psoriasis primitif des ongles se montrant bien avant les lésions de la peau qui permettront plus tard d'établir nettement sa nature.

Les ongles sont poinconnés, piquetés en dé à coudre (Lailler), mais ce signe peut aussi se rencontrer dans l'eczéma.

L'ongle peut se décoller ou devenir simplement rugueux, perdre sa transparence, ou enfin présenter des striations soit longitudinales, soit transversales, nombreuses variétés difficiles à spécifier.

Dans une observation, publiée en 1891 dans les Annales de dermatologie (Psoriasis anormal comme début, siège et évolution chez un arthritique invétéré), M. Morel-Lavallée signale aux ongles, un psoriasis caractérisé par un épaississement feuilleté sous-unguéal, soulevant l'ongle normal qui est déformé, opaque, jaunâtre, cassant.

Au niveau de la lunule, les ongles sont striés en travers, et déprimés. Les lésions unguéales sont la continuation de celles de la peau voisine. Les dernières phalanges sont d'un rouge psoriasique; la face palmaire de ce pli est respectée, la face dorsale étant presque uniformément envahie. L'affection n'est très squameuse qu'à la naissance des ongles. Striés en travers et déprimés, les ongles des pieds sont plus pris que ceux des mains. Toute l'extrémité du doigt est encapuchonnée par l'épaississement psoriasique qui fait corps avec l'ongle, recouvert par lui de telle façon qu'en enlevant un copeau à la face plantaire, on enlèverait du même coup en insistant, l'ongle avec la partie dorsale du copeau.

Tous les 20 ongles avaient été intéressés; les ongles étaient tombés au moins une fois.

Enfin, dans son ouvrage sur le traitement des maladies de la peau, M. Brocq reconnaît à cette forme de psoriasis une assez grande fréquence. Etudiant séparément les cas où la matrice unguéale est ou non envahie, il caractérise dans le 2e cas, le psoriasis par des ponctuations, des érosions cupuliformes, disséminées çà et là : dans le 1er, l'ongle s'amincit peu à peu, se sillonne de stries et de rainures transversales, il est soulevé et détaché de son lit par des productions cornées qui lui donnent un aspect jaune et opaque; dans les formes graves généralisées, il peut même parfois tomber.

La question du psoriasis des ongles a aussi attiré l'attention des

dermatologistes étrangers.

J. Hutchinson cite, dans le Brit. med. Journ. du 7 mars 1887, 3 observations de psoriasis des ongles.

La première a trait à un psoriasis secondaire des ongles à poussées successives, survenant chacune après guérison complète de la poussée précédente. Les ongles auraient guéri spontanément.

La lésion, qui consistait en une inflammation du lit de l'ongle, dé-

butait par le bord antérieur de l'ongle ou par les côtés.

L'ongle n'était pas épaissi, il était seulement ébranlé, sec et opaque, et se cassait au moindre choc. Diminution de la sensibilité tactile, attribuée par l'auteur à l'ingestion de l'arsenic.

Les orteils étaient le siège d'altérations analogues. Les uns et les autres guérissaient spontanément puis retombaient malades. Le pouce, l'index, le médius ont été pris seuls et pris à chaque fois.

La deuxième a trait à un sujet dont les ongles étaient devenus fibreux dans leur entier, rudes, surtout le médius, très épaissis : ils cassaient facilement. Le début de la maladie avait consisté en chaleur, prurit désagréable du bout des doigts, puis les ongles s'étaient altérés d'avant en arrière. L'annulaire n'avait pas été intéressé; le petit doigt de la main droite non plus; l'index, le médius, le pouce, le petit doigt gauches avaient été pris successivement.

Suivant Hutchinson, du reste, ce sont les 3 premiers doigts qui sont pris d'abord, les deux autres, le petit doigt et l'annulaire en der-

nier ressort.

La troisième observation se rapporte à un psoriasis limité à un seul orteil, survenu chez une dame atteinte d'eczéma génital et chez laquelle Hutchinson note une sensibilité toute particulière à l'action du traitement arsenical (?)

Dans un travail publié dans les Arch. für Derm., 1892, p. 739, J. Schütz fait remarquer que la plupart des auteurs classiques négligent un peu l'étude de cette manifestation du psoriasis. Analysant les travaux allemands y relatifs, il leur reproche de ne faire de cette localisation du psoriasis qu'une description écourtée ou très banale.

F. Hebra (Traité des maladies de la peau) dit que les ongles deviennent épais, ternes, inégaux, foncés, jaunes ou bruns, fragiles et que s'ils n'ont pas d'extrémité, c'est qu'ils se cassent constamment. Dans quelques cas, on remarquerait au début, quand l'ongle est encore

transparent, des points rappelant l'aspect du psoriasis.

Weyl (Ziemsen's Handbuch) dit que les ongles des doigts et des orteils peuvent être intéressés dans les cas de psoriasis invétéré. Leur bord libre s'épaissit, s'effrite, présente des taches et des stries jaunes et blanches; parfois il s'en écaille de grands morceaux laissant le lit à nu. Dans quelques cas, les ongles peuvent être le premier point atteint.

Pour lui, Schütz, le psoriasis des ongles primitif qui atteint la matrice doit être distingué du psoriasis secondaire dans lequel le lit est envahi secondairement à la peau et entraîne les altérations de

la lame unguéale.

Le psoriasis unguéal primitif est généralement un psoriasis de début. Il s'observe souvent dans les psoriasis invétérés ou combinés au psoriasis du lit.

Chez les individus jeunes, on peut voir le psoriasis débuter par les

ongles. La maladie siège alors dans la matière de l'ongle.

En relevant le repli sus-unguéal, on voit sur le 1/3 postérieur de la lunule, une série de points rouge vif, pâlissant à la pression: rarement on voit ces ponctuations atteindre la partie antérieure de la lunule. Il semble que ces points sont dus à des papilles congestionnées, bien qu'il n'y ait point de papilles à ce niveau, au moins à l'état normal. Ce piqueté rouge est très caractéristique du psoriasis et Schütz ne l'a vu

signaler nulle part. Plus tard surviennent des ponctuations de la lame unguéale elle-même.

Le psoriasis du lit de l'ongle, le seul décrit par les auteurs, suivant Schütz, est caractérisé par des altérations grossières de la lame, sillons longitudinaux et transversaux, épaississement, friabilité, de même que

le psoriasis de la matrice se traduit par des ponctuations.

Ces altérations secondaires débutent généralement par les bords latéraux de l'ongle; plus tard, apparaissent de nouveaux foyers au milieu du lit. Elles apparaissent sous forme de taches jaunâtres, correspondant à un épaississement corné, plus tard caséeux et friable de l'ongle et de l'épiderme du lit qui, parti des angles antéro-latéraux de l'ongle, gagnent peu à peu les portions postérieure et médiane. Contrairement à l'opinion de Hebra, l'auteur regarde comme rare le début du psoriasis par le milieu du lit, sous forme de taches sombres.

Les lésions de la lame avancent vers l'extrémité avec la lame inguéale, tout comme les lésions d'origine matricielle; l'auteur en conclut que ce ne sont pas seulement les lésions de la matrice qui amènent des altérations de la lame, mais que les lésions du lit peuvent en faire autant.

Dans un cas de psoriasis généralisé, avec récidives, tous les ongles étaient atteints secondairement, à chaque récidive, et dans la dernière (l'auteur en avait suivi deux), ils tombèrent tous.

Ludwig Nielsen, dans un travail basé sur l'observation de 927 cas de psoriasis chez 606 individus, a généralement observé le psoriasis unguéal dans les cas de psoriasis très étendus ou invétérés. Ce psoriasis n'aurait eu lui-même rien de spécial. Mais, suivant l'auteur, il n'existerait aucune observation bien constatée de psoriasis uniquement limité aux ongles, car dans aucun cas, on n'a vu psoriasis de ce genre, suivi ultérieurement d'éruption typique.

La lésion la plus ordinaire est l'état pointillé des ongles, qui n'est cependant pas caractéristique. On peut aussi observer une hyperkératose sous-unguéale ou bien une élimination totale de l'ongle avec

repousse consécutive.

Rosenthal, dans un article récemment paru (über typische und atypische Psoriasis), cite 2 cas de psoriasis des ongles : l'un, emprunté à Spadaro (alcune osservatione de Dermatologia, in Rivista Clinica di Bologna, augusto 1887), se rapporte à un homme âgé de 40 ans, atteint depuis 7 ans de psoriasis disséminé. Les lésions avaient débuté par les ongles des doigts, qui étaient jaunes, épais, secs, croûteux. L'autre, emprunté à Cummeynskn (American Journal of Dermatologia and Syphilis, october 1872), est relatif à un psoriasis des ongles, dans lequel les ongles des pieds et des mains, repoussés par une masse blanche et dure, tombèrent et repoussèrent ensuite sains.

ru

ch

de

B

ré

ol

### II

De l'exposé historique qui précède, il résulte que le psoriasis des ongles a été très diversement interprété, au moins dans sa modalité.

Il est fort probable qu'au moins certains des cas rangés sous la rubrique Psoriasis unguium par les anciens auteurs, n'étaient autre chose que des affections parasitaires, des onychomycoses. L'insuffisance de l'outillage, le peu de connaissances micrographiques à cette épo-

que, suffit pour l'expliquer.

D'un autre côté, les caractères du psoriasis des ongles nous paraissent, à l'heure qu'il est, moins nettement tranchés que le voulait Bazin; mais nous croyons, des observations qui vont suivre, pouvoir réfuter l'opinion de Ludwig Nielsen, à savoir qu'il n'existerait aucune observation bien constatée de psoriasis uniquement limité aux ongles. L'absence d'éruption typique ultérieure n'infirme en rien notre opinion.

Le psoriasis des ongles est, en somme, une manifestation peu fréquente d'une dermatose très répandue.

Les récents travaux, cités plus haut, donnent le chiffre de 11 0/0 (Schütz) et de 8/28, soit 10 0/0 (Nielsen).

Nous n'avons pu réunir sur ce sujet que 8 observations à la clinique dermatologique de la Faculté de Bordeaux, dirigée par M. le professeur agrégé Dubreuilh. C'est grâce à son obligeance que j'ai pu les publier; qu'il veuille bien accepter ici le témoignage de ma reconnaisssance et de mes remercîments.

Sans vouloir examiner la pathogénie de la dermatose, ce qui nous entraînerait trop loin, on peut, suivant nous, classer le psoriasis des ongles sous 3 grands chefs: 1° ou bien les ongles tombent pendant ou après une attaque de psoriasis aigu;

2º Ou bien le psoriasis des ongles survient secondairement dans des formes invétérées et chroniques du psoriasis;

3º Ou bien enfin, le psoriasis des ongles est primitif et limité à ces phanères.

Telle est la division que nous suivrons dans l'espèce des faits cidessous:

Premier groupe. — Ce premier groupe réunit deux ordres de faits: chute des ongles dans un cas de psoriasis aigu survenant chez des gens bien portants; chute des ongles dans les cas d'herpétide exfoliatrice, dermopathie terminale du psoriasis.

Dans ce dernier cas, on ne peut distinguer de siège précis aux lésions; les ongles sont éliminés, sans que l'on puisse décrire de lésion propre leur appartenant. Ces faits sont connus depuis long-temps (Dermatite exfoliante secondaire au psoriaris arthropathique, au psoriasis irritable, etc.).

Bien que nous n'ayons pas voulu faire entrer dans ce recueil de faits les cas d'herpétide exfoliatrice, dont l'étude n'intéressait que tout à fait secondairement le point limité qui nous occupe, nous avons cru devoir donner l'observation suivante, relative à un cas de chute des ongles survenant au cours d'une poussée aiguë de psoriasis, d'autant que cette chute a coïncidé ici avec les premières manifestations du psoriasis.

Ons. I. — Lal..., 57 ans, ancien facteur rural, employé des Postes et Télégraphes.

Pas d'antécédents héréditaires d'aucune sorte.

Comme antécédents personnels, nous ne trouvons que des fièvres intermittentes ayant atteint notre malade, il y a environ 25 ans, et n'ayant laissé aucune complication à leur suite.

Aucun antécédent dermatologique ni personnel, ni héréditaire.

Il y a 3 ans, le malade fut pris d'une poussée de psoriasis généralisé; la poitrine fut seule épargnée.

À cette époque, les 20 ongles tombèrent successivement. Cette 1re poussée guérit, et les ongles repoussèrent spontanément.

Il y a 6 mois, le malade fut repris d'une nouvelle poussée qui intéresse la face dorsale des mains, et les régions scrotale et péri-scrotale.

Actuellement, le psoriasis est représenté par un placard au genou droit, deux au genou gauche, un à chaque coude et un large placard occupant la région génito-crurale, à contours polycycliques et squameux.

Sur les deux mains, la face palmaire présente des petits points d'épaississement épidermique avec desquamation farineuse centrale, qui produit une sorte de dépression. Les plus grands ont la dimension d'une lentille, les plus petits celle d'une tête d'épingle. Ils forment des points blancs, comme les piqures de ces petits insectes qui vivent sous l'écorce des arbres, et qu'on dénomme cossons.

Sur la face dorsale des mains et des doigts, on note un grand nombre de placards variant d'un 1/2 à 4 centim. de large, bien limités, plus ou moins confluents, rougeâtres; le derme est épaissi d'une manière appréciable, l'épiderme est mince et luisant à ce niveau.

Des squames se détachent soit en larges lamelles, soit en fragments pityriasiques et nacrés.

Sur presque tous les doigts, la dernière phalange et le pourtour de l'ongle sont atteints.

Main droite : Pouce. — Dans sa moitié terminale, l'ongle présente de nombreuses piquetures, en forme de dépressions punctiformes disséminées.

Index. — Le repli sus-unguéal est épaissi, très squameux, les squames abondantes, sont blanches et nacrées. L'ongle, déchaussé sur ses bords, est fortement incurvé d'avant en arrière, il est un peu épaissi et piqueté.

Médius. — La face dorsale de toute la dernière phalange est atteinte de psoriasis; l'ongle n'a jamais repoussé franchement; il reste partagé en parties difformes par une bande longitudinale de peau cicatricielle.

Annulaire. - La face dorsale de presque tout le doigt est atteinte de

psoriasis, ainsi que presque tout le pourtour de l'ongle; la moitié antérieure de l'ongle est abondamment piquetée; elle est fortement convexe dans tous les sens, brusquement coupée en arrière par une dépression profonde qui met la lunule à 5 millim. en contre-bas de la partie terminale. Cette lunule molle et striée en travers.

L'auriculaire ne porte que quelques piquetures.

Main gauche. - La face dorsale de cette main est le siège d'une poussée abondante de psoriasis. Les ongles des 2 derniers doigts sont tout à fait normaux. Les ongles des 3 premiers sont au contraire fortement courbés, abondamment piquetés et même un peu écailleux, surtout celui

Aux 2 mains, les lésions des ongles sont en raison directe de celles de la dernière phalange.

Les ongles des pieds sont atrophiés, difformes et mous.

Le traitement prescrit consiste en glycérolé cadique et bains de

1er mars. Les ongles du médius et du petit doigt de la main droite sont seuls atteints, et portent de légères piquetures.

La face dorsale du poignet droit est seule le siège de quelques placards discrets de psoriasis à squames épaisses.

Le scrotum est le siège d'un psoriasis très discret, desquamant en larges lamelles minces; la lésion y revêt un certain caractère intertrigineux da au frottement du scrotum pendant contre la peau des cuisses.

Le malade accusant une réelle amélioration de son état général, le trai-

Obs. II (résumée). - Mme veuve R..., marchande des 4 saisons, 57 ans. Antécédents héréditaires. - Nuls au point de vue de la peau. Mère morte phtisique à 68 ans.

La maladie actuelle est la seule qu'ait eue la malade. Elle a débuté il y a environ 25 ans et a toujours conservé les mêmes caractères. Le psoriasis généralisé dont est atteinte cette femme, s'est répété plus de 20 fois. Les poussées revêtent toujours une forme très rouge, très peu squameuse, et très irritable. Le goudron ne peut être supporté. Seuls, les bains de sublimé

donnent un peu de résultats temporaires.

A la suite d'une de ces poussées, l'ongle du pouce gauche est tombé, il n'a jamais repoussé. Il en est de même du reste de l'ongle de l'index, tombé complètement, il y a 15 ans, lui aussi; mais les souvenirs de la malade sont vagues au sujet de cet ongle, tandis qu'ils sont des plus nets au sujet de l'ongle du pouce. Du reste, chaque poussée de psoriasis du corps s'étend à cet ongle, laissant la main indemne. La poussée terminée, l'ongle est remplacé par un épiderme épais et squameux sous lequel il se développe souvent des lacs purulents.

L'ongle du médius est cannelé longitudinalement; celui de l'annulaire et celui du petit doigt portent de fines ponctuations en dé à coudre.

La main droite ne porte aucune lésion de psoriasis, mais elle rappelle par son aspect les déviations du rhumatisme noueux (rhumatisme chronique

Obs. III (résumée). - G... W., 33 ans, déformeur de chaussures.

ANN. DE DERMAT. - 3º sie, T. IV.

Antécédents héréditaires. — Père mort à 60 ans de gastralgie (?) ayant duré un an. Sa mère vit encore ; il n'y a ni maladie de peau, ni de rhumatismes dans la famille.

Bien portant maintenant, G... eut pendant son enfance des rhumes fréquents; mais il n'a pourtant jamais craché le sang. Il n'a jamais eu de rhumatismes.

A 21 ans, psoriasis aux avant-bras (extension) et à la face antérieure des jambes; cette éruption, qui disparaissait au moment des chaleurs, revenait chaque hiver et augmentait un peu à chaque fois.

Au mois de février 1887, poussée de psoriasis aigu scarlatiniforme à la suite d'excès alcooliques. Les mains sont relativement respectées; la face palmaire étant criblée de petits points rouges saillants, la face dorsale étant tachetée d'éléments psoriasiques typiques.

12 juillet. La poussée diminue d'intensité. Les ongles des doigts paraissent un peu relàchés, au niveau de la lunule, il y a un sillon profond qui dépasse de 2 millim. environ le niveau du repli sus-unguéal; mais on ne peut pas encore affirmer que ces ongles tomberont.

Le 15. Nouvelle poussée.

15 août. Amélioration graduelle, chute de la plupart des ongles des orteils et de quelques ongles des doigts et surtout des deux pouces. Pas de chute des cheveux. L'année suivante, à peu près à la même époque, nouvelle poussée intéressant surtout cette fois les mains et notamment la face dorsale de la dernière phalange de chaque doigt. Le pourtour de l'ongle est très rouge et gonflé, arrondi, le repli épidermique a disparu de sorte que le sillon rétro-unguéal est très prononcé, exagéré encore par le sillon que présentent les ongles à ce niveau. Ce sillon n'occupe que les 1 ou 2 millim. postérieurs de l'ongle; sur l'index droit, il est très prononcé; il semble même que l'ongle va tomber. Les ongles sont très arqués, mais d'ailleurs sains. Le bord libre est profondément décollé de la matrice, épaissi par des squames épidermiques. La face palmaire des mains et des doigts est couverte de plaques psoriasiques, surtout confluentes aux doigts.

Aux pieds, l'ongle est entouré et noyé de squames épaisses. Les ongles sont eux-mêmes altérés, décollés par le bord libre, sur lequel il y a beaucoup d'épiderme, encombrés de squames sur leurs bords latéraux, avec un sillon à leur bord postérieur, mais ne paraissent pas cette fois devoir tomber.

tomber.

20 juillet. Amélioration graduelle. Le malade est perdu de vue depuis cette date.

Deuxième groupe. — Ce groupe comprend des faits connus depuis longtemps. Il se rapporte à cette division du psoriasis des ongles dénommée par MM. Besnier et Doyon: Localisations unguéales du psoriasis.

Au cours de psoriasis invétérés, chroniques, en dehors de toute poussée aiguë, la maladie envahit les ongles. On peut y décrire deux formes, suivant que l'ongle est envahi par la matrice ou par le lit. tı P

le

Dans le premier cas, l'ongle est altéré, gonflé : le repli sus-unguéal présente un certain état squameux. On observe surtout des lésions de surfaces diverses, telles que : piquetures, sillons, ondulations, etc.

Dans le deuxième cas, la maladie amène une hyperkératose sous-

unguéale.

Ces deux formes peuvent enfin se trouver combinées comme dans l'observation de M. Vérité.

Obs. IV (résumée). — J. P..., 65 ans, commissionnaire, atteint de psoriasis généralisé, depuis l'âge de 5 ans.

Envahissement prononcé des mains qui présentent sur leur face dorsale de nombreuses plaques fissurées.

Ongles inégaux, striés surtout en travers.

Épaississement de l'épiderme sur toute la face palmaire.

Cet épiderme a l'air vermoulu, par suite des dépressions punctiformes, parfois confluentes qui le criblent.

Obs. V (résumée). — Ch..., domestique, 24 ans, atteint de psoriasis depuis 13 ans; début par le cuir chevelu. Les poussées, qui s'aggravent au printemps, diminuent vers le mois de juin.

Ongles, bord antérieur en moelle de jonc, friables, épaissis (2 à 3 millim. d'épaisseur).

On peut voir par transparence que la maladie s'étend depuis le bord libre jusqu'à la lunule.

Le repli sus-unguéal est atteint : il est épaissi, squameux.

La face supérieure est lisse.

Les mains et les doigts (surtout la pulpe) sont couverts de taches de psoriasis.

Obs. VI. — B..., 71 ans, ancien employé au Poids public de Bordeaux. Antécédents héréditaires. — Père mort à 68 ans de congestion pulmonaire. Mère morte à 71 ans d'hémorrhagie cérébrale. Pas de maladies de peau dans la famille.

Antécédents personnels. - Fluxion de poitrine à 25 ans.

La face est légèrement couperosée, mais n'a jamais été autrement atteinte. Poussées fréquentes de furonculose.

Histoire de la maladie. — Début en juin 1872, à la suite de fatigues professionnelles, par une affection prurigineuse et intertrigineuse des doigts du pied. Progression lente; envahissement des cuisses et des jointures au bout de la 2° année.

Depuis 5 ans, douleurs rhumatoïdes aux genoux et surtout au gauche. Pas de balancement entre les manifestations cutanées et les douleurs.

L'an dernier le tronc est envahi.

Au mois de juin dernier, poussée généralisée de psoriasis diagnostiqué à cette époque par M. le professeur Arnozan. Traitement par les bains de sublimé alternant avec des bains alcalins. Guérison au bout d'un mois 1/2.

ll y a 15 jours, nouvelle poussée, s'accompagnant de vives douleurs dans les genoux.

La tête est le siège d'une poussée très nette de psoriasis intéressant la partie antérieure et les côtés, surtout le droit, du cuir chevelu. Furoncle à la nuque. Psoriasis disséminé au tronc, suintant au niveau des plis sous-mammaires. Les jambes et les pieds n'ont jamais été intéressés.

Les plis inguino-curo-scrotaux sont le siège de larges nappes de psoriasis suintant.

L'aspect général des organes génitaux fait penser à première vue au diabète, mais l'examen des urines, pratiqué le 5 novembre, est resté négatif.

Membres supérieurs. — Plaques de psoriasis à chaque olécrâne.

Lésions en placard aux mains. C'est surtout la face palmaire des mains et des doigts qui est intéressée. La face latérale des doigts et la face dorsale des dernières phalanges, l'est moins.

La peau de la face palmaire des mains et des doigts est criblée de points jaunâtres, durs, saillants, donnant au toucher une sensation mamelonnée, formés par l'épaississement de l'épiderme. Au niveau des plus gros, l'épiderme est perforé superficiellement et commence à se desquamer en lamelles blanches farineuses.

Finalement les lésions aboutissent à la formation de petites plaques lenticulaires dont le fond est craquelé, rouge, recouvert d'un épiderme très mince, sec, et dont le tour est formé par de l'épiderme normal, en voie de desquamation.

Ces petites lésions sont extrêmement nombreuses. Le pourtour du pouce, la face palmaire de l'index, l'éminence hypothénar gauche en sont absolument blindés.

Ongles. — Les altérations unguéales sont peu profondes; elles se bornent à des ponctuations en dé à coudre, à de fines et très nombreuses cannelures longitudinales peu accusées; sur quelques doigts, on note un large sillon transversal, à entailles peu profondes.

Ni la couleur, ni l'épaisseur ne sont altérées.

Au niveau de presque tous les doigts, le repli sus-unguéal présente, sur une plus ou moins grande étendue, des altérations psoriasiques assez typiques, formées par une accumulation d'épiderme jaunâtre, faiblement nacré, mais se détachant en lamelles franchement nacrées sous l'influence du grattage.

La desquamation déjà accomplie laisse parfois voir un épiderme mince reposant sur un derme rouge. Celui-ci est épaissi. Les démangeaisons sont pulles

Traitement. Bains au sublimé. Onctions à la chrysarobine. Régime sévère.

19 novembre. La pommade est bien supportée, on ne constate pas le piqueté vasculaire sigalé par Schütz sur les ongles.

Un nouveau furoncle a paru à 5 centim. au-dessus de l'ombilic.

Les douleurs redoublent d'intensité dans les genoux. Solution d'iodure de potassium à 5/100.

Le 30. L'iodure a diminué les douleurs, mais a déterminé une nouvelle poussée de furoncles. Il est supprimé. Érythème chrysarobinique léger dans le dos. Les mains vont mieux. La peau de la verge est plus souple. Continuation du traitement externe.

28 décembre. Les mains vont beaucoup mieux, toutes les lésions y sont en voie de disparition; quelques flots de desquamation persistent encore, p

p

c

d

c

D

C

c

mais très atténués. Les nodules épidermiques durs qui blindaient la paume de la main ont presque tous disparu par desquamation, laissant un épiderme souple. On ne voit pas de rhagades. Les ongles, colorés en violet par la chrysarobine, conservent leur striation longitudinale, sans aucun changement.

L'érythème chrysarobinique augmentant sur le corps, les frictions avec la pommade à la chrysarobine sont suspendues; mais les bains de sublimé,

donnant au malade un grand soulagement, sont continués.

28 janvier 1893. La guérison ne s'accentue pas. Dès que le malade cesse ces bains de sublimé, l'affection reprend, une acuité nouvelle. Nouvelles poussées de furoncles occupant surtout les genoux. Les ongles ont conservé quelques petites stries longitudinales insignifiantes. La main droite présente encore un peu d'hyperkératose, mais la main gauche s'est guérie. Le psoriasis conserve aux plis et notamment au pli sous-mammaire un aspect intertrigineux.

25 février. La tête continue à être le siège de vives poussées. Les ongles

restent dans le même état.

Troisième groupe. — Dans ce groupe, nous rangeons les cas de psoriasis qui ont débuté par les ongles et s'y sont totalement ou à peu près totalement limités.

Ce sont ces cas que nous opposons aux critiques de Nielssen qui en nie absolument l'existence.

A l'appui de notre dire, nous citerons deux observations nouvelles.

Oss. VII. — C..., P., âgé de 62 ans, jardinier, est un vieux rhumatisant, fils d'une mère rhumatisante.

Sa première atteinte de rhumatisme remonte à 1853, époque à laquelle il fut pris de douleurs pendant son service militaire à Saint-Pierre (Martinique).

Îl en fut à nouveau atteint, dix ans après et resta, de ce fait, 9 mois cloué sur son lit.

En 1886, il fut repris des mêmes crises, mais cette fois, la maladie ne dura que  $6\ \mathrm{mois}$ .

Depuis lors, C... a presque constamment souffert de douleurs rhumatoïdes dans les mains, les genoux et les pieds.

Au mois de mars 1892, bronchite ayant résisté aux différents traitements, Depuis ce temps, le malade est essoufflé et se plaint de battements de cœur.

Antécédents héréditaires. — Père mort à 69 ans d'une affection pulmonaire chronique. Mère morte de la même manière à 84 ans, mais ayant eu du rhumatisme chronique surtout localisé à un bras. Rien dans les antécédents à noter du côté de la peau.

L'affection qui nous l'amène a débuté vers le 7 août dernier. Un matin, le malade a ressenti des picotements dans les doigts; ces picotements ont du reste persisté les jours suivants. Trois ou quatre jours après, il ressentit des picotements semblables dans les orteils; il ne pouvait même se chausser. En même temps, la dernière phalange des doigts et des orteils était très

gonflée, très rouge, et était le siège de démangeaisons, de cuisson, de prurit. La moindre pression était insupportable et le gonflement persiste environ pendant 15 jours.

Les doigts et les orteils ont été pris successivement en quelques jours. Les premiers atteints ont été aussi les plus gonflés, le gonflement a duré environ une quinzaine, puis a diminué en même temps que la desquamation commençait à paraître au niveau de la racine de l'ongle.

Le premier doigt atteint a été l'annulaire gauche, puis le pouce droit, le petit doigt de la même main et enfin successivement tous les autres; aux pieds, ce furent le 4° orteil droit, puis les deux gros orteils qui furent successivement pris.

Il n'y a jamais eu de suppuration. Il a seulement apparu à la racine de l'ongle une substance blanche, sèche, ressemblant à du plâtre; aucun suintement.

Depuis que la rougeur a disparu, la démangeaison est moins vive, mais persiste encore un peu, surtout la nuit, et dans les orteils.

Les ongles des mains présentent d'une façon assez uniforme une profonde entaille de l'ongle, à environ 2 millim. du repli épidermique susunguéal. En avant, l'ongle est normal; en arrière, on trouve une surface profondément déprimée et assez molle. Le repli sus-unguéal est gonflé, rouge cuivré; le repli épidermique persiste et desquame par le grattage en fines lamelles nacrées d'aspect nettement psoriasique.

Aux pieds, à peu près même altération des ongles. A quelques millimètres de la racine, on note une profonde entaille; le repli sus-unguéal est rouge, gonflé, et devient nacré par le grattage. Sur quelques orteils, notamment les 2 gros orteils, les lésions du repli sus-unguéal sont plus étendues et constituent une bande de 7 à 8 millim. de large, gonflée, rouge, squameuse, offrant le caractère du psoriasis le plus typique.

Actuellement (30 décembre 1892), certains ongles des mains ne sont plus malades que dans leur moitié postérieure; tels sont ceux de l'index, du médius des 2 mains, de l'annulaire droit. Sur ces ongles, la moitié antérieure est saine, à part quelques stries blanchâtres longitudinales, en flammèches, très fines, et plus minces que celles de l'onychomycose tricophytique. On trouve en plus, au médius droit, quelques ponctuations ecchymotiques; le tout est dû à des lésions du lit de l'ongle qui est manifestement hyperkératosé.

La moitié postérieure, plus malade, est nettement séparée de la précédente et se trouve en contre-bas. Sa surface est assez dure, muqueuse, inégale, mais elle présente un peu de flexibilité au niveau de la lunule.

La rugosité est surtout due à des cannelures longitudinales et à l'état d'effritement de la surface unguéale qui desquame un peu en farine et devient sensiblement nacrée au grattage. Sa couleur est du reste rose, quoique noircie par les poussières, et on n'y distingue pas de taches blanches.

Les autres ongles sont beaucoup plus malades.

Il n'y a pas de lame unguéale libre; le lit est couvert d'une couche cornée dure, modérément épaisse, non exubérante, ni bombée, suivant la forme normale du lit qui n'est pas déformé. Cette couche cornée, dure, un peu

dépressible seulement au niveau de la lunule, est excessivement rugueuse et écailleuse, un peu cannelée longitudinalement, mais surtout finement écailleuse.

Le grattage, même avec l'ongle, en détache une notable quantité de très fines lamelles, ressemblant à de la farine : le grattage rend la surface de l'ongle nettement nacrée. Il n'y a aucune réaction inflammatoire dans les sillons sus et latéro-unguéaux. Le repli sus-unguéal tant épidermique que dermique, est absolument normal.

Pieds. — Les ongles des 3 derniers orteils du côté droit et le 4º du côté gauche sont manifestement déformés : mais ils n'offrent pas de caractère

spécial. Les 3e et 5e orteils gauches sont normaux.

Aux ongles des 2 gros orteils, les lésions sont des plus nettes. Elles sont limitées à la partie postérieure qui n'est notablement ni déprimée, ni amincie, mais finement écailleuse, devenant manifestement nacrée au grattage, lequel détache une certaine abondance de farine blanche. Pas de lésions cutanées au pourtour de l'ongle.

Ces altérations se font remarquer parce qu'elles n'amènent qu'une modification d'ensemble modérée de la lame unguéale, ce qui correspond à des lésions du lit peu considérables. Mais, en revanche, la lame unguéale est altérée dans toute son épaisseur, de sorte que la lame superficielle libre est rugueuse et écailleuse.

Quand on gratte ces ongles avec le doigt, ils prennent un aspect nacré; mais on ne rencontre pas ici la friabilité de l'ongle tricophytique, ni la dureté absolue des ongles eczémateux; on trouve plutôt un état onctueux tout à fait superficiel, rappelant un peu la stéatite ou même les plaques psoriasiques elles-mêmes, et qui tient à la fine desquamation produite par le grattage.

Oss. VIII. - O ..., 3 ans 1/2.

Les premières lésions ont été remarquées par la mère en décembre 1890; ces lésions intéressaient les ongles des 2 index; puis le flanc gauche et l'aisselle droite furent pris. Les lésions des ongles étaient à peu de chose près ce qu'elles sont maintenant, mais, à ce moment, les autres ongles étaient sains.

Antérieurement, l'enfant, toujours un peu chétive, n'avait jamais eu d'autre dermatose qu'un peu d'impétigo des oreilles, au moment où on les lui a percées et quelques croûtes dans la tête, mais jamais rien qui ait ressemblé à de la teigne, et, du reste, elle ne présente rien de suspect de ce côté. Actuellement, l'ongle du pouce est un peu fragile et effrité, à son extrémité, qui n'est pas épaissie. Toute sa surface est couverte de piquetures espacées de 1/2 à 1 millim., un peu transversales, longues de 1/2 et larges de 1/4 de millimètre, longitudinales par rapport à l'ongle.

Index. — L'ongle de ce doigt est un peu décollé sur les bords. Le repli épidermique sus-unguéal existe, mais il est un peu rétracté. Le repli épi-

dermique est normal.

Au niveau de la lunule, l'ongle est presque normal. Sa surface est cependant un peu squameuse.

Dans sa moitié antérieure et un peu sur les bords, il est décoloré, déformé; son épaisseur dépasse 1/2 millim. Sa surface présente une bosse puis une dépression, large de 2 millim. A l'extrémité il est feuilleté dans toute son épaisseur, mais ce feuilletage n'affecte pas la forme dite en moelle de jonc. L'état feuilleté arrive jusqu'à la surface qui se desquame en lamelles. Il n'y a pas de décollement.

Médius. — L'ongle n'est malade que depuis un mois. Les 2/3 antérieurs sont tout à fait normaux. Au niveau de la lunule, la surface de l'ongle est inégale, squameuse, argentée, passablement striée en travers. L'annulaire

et l'auriculaire sont normaux.

Main gauche. Pouce. — L'ongle est piqueté sur toute sa surface comme à la main droite; il n'est pas épaissi, mais son extrémité libre se fissure en lamelles.

Index. - Dans son ensemble, l'ongle est parfaitement courbé d'avant en

arrière. Le repli épidermique sus-unguéal a presque disparu.

Au niveau de la lunule, l'ongle est normal, mais un peu terne. Les altérations sont marquées sur le 1/4 et le 1/3 antérieurs et sur les bords, qui sont fortement épaissis (ils atteignent près de 1 millim.), fissurés en lamelles nacrées dans toute l'épaisseur de l'ongle, ce qui lui donne un aspect psoriasiforme. La surface est squameuse, rugueuse, piquetée, mais n'est pas nacrée; le piqueté est surtout visible dans les parties qui ne desquament pas.

Le médius présente 1 ou 2 piqures.

L'annulaire et l'auriculaire n'ont rien.

Dans le pli génito-crural gauche et au niveau de la crête iliaque du même côté, éruption de psoriasis disséminé. Cette éruption forme une espèce de bande qui va de la crête iliaque au pli génito-crural avec les modifications d'aspect dues aux différences de région.

Trois taches rouges lenticulaires dans l'aisselle gauche.

Rien au cuir chevelu. Traitement glycérolé cadique aux ongles.

L'état des ongles n'est pas amélioré le 20 septembre 1891.

Celui du médius droit présente à la lunule une large dépression transversale avec de nombreuses ponctuations et de la desquamation correspondant parfois aux ponctuations. Amélioration très notable des lésions de la peau.

4 octobre 1891. Les ongles de l'index et du pouce droit sont toujours piquetés, mais l'origine de la lunule paraît un peu plus unie.

Main droite. Index. — Même état; au niveau de la lunule, l'ongle paraît

plus uni, plus régulier; il est simplement piqueté.

Médius. — La dépression transversale, déjà signalée, occupe le milieu de l'ongle. Celui-ci, normal en avant, paraît reprendre, en arrière de la lunule, ses caractères normaux. Il est seulement un peu piqueté. Au niveau de la dépression, la surface de l'ongle s'écaille en lames nacrées qui deviennent plus blanches par le grattage.

Main gauche. Pouce. - L'ongle de ce doigt est piqueté sur toute sa surface.

Index. — Les lésions paraissent s'atténuer vers la lunule. On retrouve encore du piqueté. m

0

li

d

d

Médius. - L'ongle ne présente que quelques rares ponctuations. Les

plaques psoriasiques du corps ont totalement disparu.

17 février 1892. L'éruption cutanée a reparu à diverses reprises dans les mêmes points, avec les mêmes caractères. Les récidives semblent cependant s'éloigner, ce que la mère attribue à l'usage interne de l'huile de foie de morue.

Les ongles sont assez bien.

Main droite. Index. — L'ongle est de forme normale, sans épaississement ni décollement; mais sa surface est criblée de petites ponctuations ou dépressions comme un dé à coudre. Ces dépressions ont un diamètre de 1/4 à 1/2 millim. de large: elles sont nettement creusées, leur fond est lisse ou parfois un peu squameux vers la racine. Ces ponctuations sont répandues sur toute la surface de l'ongle, de la racine à l'extrémité, un peu plus nombreuses, sur le bord cubital.

Le repli sus-unguéal dermique est normal.

Le repli épidermique est un peu plus court qu'aux autres doigts. Pas d'altération de la peau au voisinage de l'ongle. Il y a sur ce petit ongle plus d'une trentaine de ponctuations. Sur les autres ongles de la même main, on observe quelques rares ponctuations très superficielles au nombre de 2 à 3 par ongle.

Main gauche. Index. — Ongle normal de forme, ponctué comme le droit mais moins. 1 ou 2 ponctuations tout au plus aux autres doigts. Rien à la

peau.

L'enfant, revue dans le courant de 1892, était complètement guérie. Nous l'avons perdue de vue depuis cette époque.

Réflexions. — Dans ces deux dernières observations, les lésions du psoriasis ne présentent rien d'absolument défini, surtout dans la première (obs. VII). Ce sont les mêmes que l'on constate dans le psoriasis secondaire et si on les constatait seules, on pourrait hésiter sur le diagnostic. Nous croyons cependant que certaines particularités sur lesquelles nous allons insister, permettent d'établir un diagnostic différentiel avec l'eczéma et la trichophytie des angles.

Dans l'eczéma, les lésions atteignent l'ongle par la matrice; l'ongle est bombé, bosselé, sillonné, ponctué, mais sa surface est rarement écailleuse. Sa densité est généralement plus grande que dans le psoriasis où le grattage peut déterminer à la surface de l'ongle une légère desquamation furfuracée. La lame unguéale, altérée par le psoriasis, est plus molle, plus dépressible qu'elle ne l'est dans l'eczéma. Peut-être même pourrait-on, à ce propos, faire entrer en ligne de compte le piqueté rouge signalé par Schütz, bien que personnellement nous ne l'ayons jamais observé; mais il faut noter que nos observations sont antérieures à la publication de son mémoire.

Dans la trichophytie, s'il s'agit de lésions aiguës, elles siégeront à la racine de l'ongle; elles sont alors caractérisées par des taches blanc jaunâtre, mates; de plus, la lame inguéale est extrêmement fai-

434

ble. S'il s'agit au contraire de lésions chroniques, on notera une hyperkératose sous-unguéale, caractérisée par une matrice unguéale rrégulière et une striation blanc jaunâtre. Les lésions sont limitées à l'extrémité de l'ongle et respectent plus ou moins la région lamellaire. Enfin, dans ces cas douteux, l'examen microscopique lèvera les doutes.

Du reste, nous avouerons que si les lésions restaient absolument limitées à l'ongle, comme elles l'étaient à la date du 30 décembre 1892, chez le sujet de notre observation VII, nous n'hésiterions pas à regar-

der le diagnostic comme presque impossible.

Dans ce cas. en effet, notre diagnostic s'était basé sur l'examen des lésions fait à une période intermédiaire, alors que les lésions du voisinage ne présentaient plus les phénomènes franchement inflammatoires du début, et à un moment où le repli sus-unguéal formait un bourrelet nettement psoriasique, squameux et nacré, très différent du bourrelet rouge vif, enflammé et quelquefois croûteux de l'eczéma sus-unguéal.

Au résumé, les lésions unguéales peuvent attaquer les ongles simultanément, s'y localiser et laisser à leur suite une altération profonde de la lame unguéale, en l'absence de toute lésion cutanée. Ces lésions sèches, sans suintement ni suppuration, doivent, en tous cas, faire penser à la possibilité d'un psoriasis, débutant par les ongles, surtout quand un grand nombre sont pris à la fois.

# Essais cliniques sur le gallanol.

Par P. CAZENEUVE, professeur de chimie à la Faculté de médecine de Lyon, et ETIENNE ROLLET, agrégé de chirurgie à la Faculté de médecine de Lyon.

Ce travail a paru in extenso dans le journal le Lyon médical.

# Du collodion iodé dans le traitement des teignes.

Par le Dr L. BUTTE.

On a beaucoup parlé ces temps derniers du collodion iodé dans la thérapeutique de la pelade. Ce médicament que j'emploie depuis quatre ans, qui m'avait donné au début de bons résultats et qui fut, sur mes conseils, expérimenté avec succès par son vulgarisateur, présente certains avantages, mais il ne faut pas vouloir en faire une méthode unique de traitement. Il est utile dans certains cas, mais il importe de bien préciser ses indications.

Dans la pelade, par exemple, le collodion iodé me paraît jouir d'une certaine efficacité dans les formes achromateuses et lorsqu'il n'existe encore que quelques plaques d'alopécie bien délimitées; dans les pelades anciennes et étendues, dans la forme décalvante, son action ne me paraît pas supérieure à celle des traitements ordinaires et, pour le dire en passant, après une expérience de six années, je crois que les frictions biquotidiennes d'huile de cade donnent, dans tous les cas

de pelade, des résultats bien meilleurs.

C'est surtout dans la teigne tondante que j'ai obtenu de bons effets de l'usage du collodion iodé, mais je tiens à dire tout d'abord que je ne l'emploie pas à l'exclusion des autres médications; je pense que, pour obtenir une guérison rapide de la tondante, il faut avoir recours à l'emploi méthodique et régulier des parasiticides, de l'épilation et de l'occlusion. Or, le collodion iodé ne peut à lui seul jouer ces trois rôles. Comme parasiticide il ne peut agir sur le trichophyton que d'une facon tout à fait superficielle par l'iode qu'il contient, et les nombreux éléments du champignon qui ne sont pas à la surface de la peau échappent à son action; comme occlusif il est utile, mais à la condition qu'on recouvre fréquemment les plaques de nouvelles couches du topique et aussi que la maladie ne soit pas disséminée sur tout le cuir chevelu, car il serait difficile de recouvrir la tête entière de collodion et de le faire bien adhérer partout; mais, c'est principalement comme agent d'épilation que ce médicament rend de réels services et à ce point de vue je ne saurais trop engager à y recourir.

On sait combien il est difficile de faire épiler les malades de la ville; en dehors des hôpitaux, il n'existe pas d'épileurs de profession et il est rare que le médecin ait l'habileté manuelle nécessaire pour pratiquer cette petite opération. On est dans la plupart des cas obligé de recourir aux épileurs des hôpitaux, mais ceux-ci sont peu nombreux et, dans les services où beaucoup de teigneux sont en traitement, il arrive souvent qu'ils ne peuvent suffire à leur tâche. J'ajouterai, ce que savent tous les dermatologistes, qu'on éprouve une grande difficulté, je pourrais dire presqu'une impossibilité, à bien faire l'épilation avec la pince dans les cas de teigne tondante, en raison de l'état de friabilité extrême des cheveux qui se cassent au simple contact de l'instrument, de telle sorte que l'épilation n'est guère pratiquée que sur les cheveux peu malades et même sains. De plus, l'opération est assez douloureuse et particulièrement pénible chez les enfants indociles qui s'agitent conti-

nuellement.

Le collodion iodé permet d'éviter en grande partie tous ces inconvénients. Avec lui on peut se passer d'épileur et faire une avulsion rapide et peu douloureuse de la plupart des cheveux malades. C'est la calotte avec la brutalité en moins et la propreté en plus.

Voici la technique du traitement :

Dans tous les cas où l'épilation est jugée nécessaire, on étend sur les plaques trichophytiques et sur une étendue de 1 centimètre au moins de leur pourtour plusieurs couches d'une des solutions collodionnées suivantes dont on a imbibé un pinceau de charpie:

12gr.	
0 gr. 75.	
35 gr.	
1 gr. 50.	
2 gr.	
-	
M =	
aa o gr.	
0 gr. 50	
30 gr.	
	35 gr. 1 gr. 50. 2 gr. A4 5 gr. 0 gr. 50

Pendant les 3 ou 4 jours qui suivent on recommence quotidiennement cette application jusqu'à ce que la couche de topique soit bien épaisse, bien adhérente et ne présente plus de craquelures.

Au bout d'une quinzaine de jours on sépare les bords du placard en le sectionnant avec des ciseaux, puis, avec les doigts, on arrache le tout sans violence. La partie du topique qui était en contact avec le cuir chevelu est recouverte d'une grande quantité de petits cheveux qui y adhèrent fortement et lui donnent l'aspect de la peau d'un animal à poils ras. La plaque trichophytique ainsi mise à découvert est alors lavée avec une solution de sublimé à 1 pour 500 et on constate qu'un grand nombre de cheveux ont été avulsés.

On n'a plus ensuite qu'à appliquer les traitements ordinaires, à faire par exemple des frictions quotidiennes ou biquotidiennes avec des solutions parasiticides. Celles-ci paraissent alors exercer une action plus rapide et plus efficace et il n'est pas rare, même dans les trichophyties à petites spores, que M. Sabouraud nous a montré être plus rebelles, d'observer la guérison au bout de quelques mois, sans qu'il soit besoin de recourir à une nouvelle application du topique.

Il va sans dire que cette action épilatoire du collodion iodé peut être également utilisée dans le traitement de la teigne faveuse toutes les fois que l'épilation est nécessaire.

M. Hallopeau. — J'ai employé depuis assez longtemps déjà le collodion iodé au 1/30°, selon un mode un peu différent de M. Butte : je fais faire pendant quatre jours l'application de ce topique; puis viennent trois jours de vaseline. J'ai eu des résultats satisfaisants : 35 guérisons dans l'année pour un service de 20 lits.

M. DU CASTEL. — Je ne crois pas que le collodion iodé puisse, au point de vue de l'épilation, remplacer la pince.

M

d

r

d

d

# Présentation de préparations du bacille de la lèpre.

Par J. DARIER, au nom du Dr THIN (Londres).

M. le D<sup>r</sup> Thin a envoyé à notre Secrétaire général pour en faire hommage à la Société de dermatologie, quelques préparations relatives à l'étude du bacille de la lèpre, préparations dues à l'habileté de M. le D<sup>r</sup> Andrew Pringle et sur lesquelles je me permets d'attirer votre attention.

1º La première préparation est une coupe microscopique d'un nodule de lèpre tuberculeuse, coupe dans laquelle les bacilles, les noyaux et le fond du tissu sont mis en évidence par des colorations différentielles. On peut y constater avec une remarquable netteté les rapports que les bacilles affectent avec les cellules dites lépreuses; dans la règle, ils sont contenus dans le protoplasma de ces cellules dont le noyau se laisse très bien colorer; d'autre part, un certain nombre de bacilles sont libres dans les interstices du tissu.

2º Une coupe du poumon d'un jeune homme mort récemment à Londres de lèpre tuberculeuse. La maladie avait causé des lésions profondes de la peau, de la rate, du foie, des testicules, et dans ces différents organes on a trouvé des bacilles de la lèpre en nombre énorme. En revanche, après une étude attentive des lésions pulmonaires, MM, Thin et Pringle sont arrivés à la conclusion que les bacilles qu'ils ont rencontrés sur les coupes du poumon étaient non pas des bacilles de la lèpre, mais des bacilles de la tuberculose. Le D' Hansen (de Norwège) qui a examiné quelques-unes de leurs coupes a admis la même interprétation.

On sait, en effet, que les réactions de coloration du bacille de Hansen et du bacille de Koch sont presque les mêmes. Pour ma part j'ai aussi l'impression très nette que les bacilles que l'on trouve dans ces coupes du poumon, particulièrement abondants sur le bord d'une masse caséeuse, sont des bacilles de la tuberculose. Je me base sur ce fait qu'ils sont manifestement plus longs, plus grêles et flexueux, moins nombreux dans une même cellule et beaucoup plus souvent extracellulaires que les bacilles de la lèpre.

Je soumets d'ailleurs cette préparation à l'examen des membres de la Société qu'elle pourrait intéresser.

3º Enfin l'envoi de M. Thin comprend deux photographies sur verre, pour projections, de bacilles de la lèpre, pouvant servir pour un cours ou une démonstration. Voici également des épreuves sur papier de ces photographies.

Je suis certain d'être l'interprète de la Société de dermatologie en remerciant vivement MM. Thin et Pringle de leur intéressant envoi.

### Action locale des alcaloïdes sur la sécrétion sudorale.

Par le D' P. AUBERT Chirurgien de l'Antiquaille.

Devant publier sur ce sujet un travail plus étendu, je ne donne ici qu'une note courte pour exposer quelques-uns des résultats obtenus et je fais en même temps passer sous les yeux des membres de la Société quelques empreintes qui établissent la précision et la netteté des expériences.

Si l'on fait pénétrer soit par imbibition lente, soit par cataphorèse, ce qui au point de vue expérimental est bien plus commode, des solutions aqueuses alcooliques ou glycériques de diverses substances, on peut, en prenant les empreintes sudorales au niveau des régions en expérience, constater l'action hidrotique, anhidrotique ou l'indifférence de la substance employée. Les résultats que je communique ici ont trait seulement aux alcaloïdes.

L'action hidrotique se constate directement en recueillant l'empreinte sudorale après le passage de l'alcaloïde. L'action anhidrotique peut se constater soit en faisant courir le malade pour le mettre en sueur, puis en constatant sur l'empreinte l'absence de sécrétion au niveau de la région en expérience, soit plus simplement en faisant pénétrer l'alcaloïde au niveau d'une zone plus ou moins étendue d'une région préalablement mise en sueur par un alcaloïde hidrotique.

Il est bon de récolter une série d'empreintes pendant un temps assez long, une demi-heure, trois quarts d'heure et même plus après le moment qui suit la pénétration de l'alcaloïde.

Sur certaines empreintes où la sueur est discrète on peut voir nettement le nombre et la disposition des glandes sudoripares en une région déterminée. J'ai recueilli un grand nombre de ces empreintes en vue de la publication d'un album.

Je me contente de donner, sans entrer dans aucun détail, une liste des alcaloïdes que j'ai expérimentés en les divisant en hidrotiques, anhidrotiques et indifférents :

Hidrotiques: Pilocarpine, aconitine du Napel, muscarine, nicotine, cytisine, lobeline (au début).

Anhidrotiques: Atropine, hoamatropine, belladonine, daturine, duboisine, hyosciamine, baptisine, sahadilline, lobeline (plus tard).

Indifférents: Aconitine ferox, aconitine japonais, agaricine apocynine, arnicine, aspidospermine, anémonine, caféine, cannabine, cicutine, cocaïne, coniine, codéine, colchicine, corydaline, chélidonine, colocynthine, coumarine, cornutine, digitaléine, digitaline, ergotine, hélénine, morphine, napscéine, narapelline, quassine, quinine, solanine, solanidine, scoparine, spartéine, strychnine, scillitoxine, vératrine.

La séance est levée.

Le secrétaire,

L. JACQUET.

# SÉANCE DU 8 AVRIL 1893

### PRÉSIDENCE DE M. LAILLER

SOMMAIRE. — A propos du procès-verbal. — Sur un cas de dermatite scarlatiniforme hémorrhagique, compliquée d'endo-péricardite, par MM. Hallopeau et Brodier. — Lèpre et simili-lèpre, par M. Du Castel. (Discussion: MM. Bruno-Chaves, E. Besnier, Du Castel.) — Sur un cas d'éléphantiasis congénital, par M. Paul Archambault. — Note sur la syphilis pulmonaire, par M. Louis Jullien. (Discussion: MM. Barbe, Dubois-Havenith.) — Diagnostic des paralysies syphilitiques des nerfs moteurs de l'œil à l'aide du diplomètre, leur traitement, par Galezowski. — Sur l'écorce du murure et le mercure végétal, par MM. Cathelineau et Rebourgeon. — Anatomie pathologique de la gale, par M. Dubreuille. — Actinomycose de la face, par MM. D'Audibert. Caille, du Bourguet et Legrain. — Observation de Fibroma molluscum généralisé, par MM. D'Audibert Caille du Bourguet et Legrain. — De la valeur du traitement abortif des bubons par la méthode de Welander, par MM. A. Brousse et P. Bothezat. — Présentation de photographies, par M. Dubois-Havenith.

#### A PROPOS DU PROCES-VERBAL

### Sur les pseudo-tuberculoses faviques.

M. Rénon. — Dans la séance dernière, dans leur remarquable communication sur le favus de l'homme, de la poule et du chien, MM. Dubreuilh et Sabrazès ont indiqué un fait qui me semble très intéressant, c'est la possibilité de produire par la voie sanguine et par la voie péritonéale des tuberculoses faviques viscérales; dans une de leurs préparations, ils ont trouvé une forme rayonnée des champignons, ressemblant à de l'actinomycose : cet aspect n'est pas très rare dans les tuberculoses aspergillaires, et il a été indiqué la première fois par Laulanié en 1884, puis retrouvé par Ribbert en 1887, et enfin trouvé également par nous en 1892 sur un lapin mort au bout de deux mois de tuberculose aspergillaire chronique expérimentale par injection dans les veines de spores d'aspergillus fumigatus. Il nous semble du plus haut intérêt de rapprocher les uns des autres ces faits de tuberculoses mycosiques présentant le même aspect anatomique ressemblant si fort à de l'actinomycose, bien que dues à des espèces parfaitement différentes, et s'en distinguant complètement, et c'est peut-être la un des exemples les plus nets du pléomorphisme des champignons.

# Sur un cas de dermatite scarlatiniforme hémorrhagique compliquée d'endo-péricardite.

### Par H. HALLOPRAU et BRODIER.

Les conditions dans lesquelles est survenue la dermatite de la malade que nous avons l'honneur de présenter, les caractères qu'elle a revêtus et les accidents qui l'ont compliquée, nous paraissent dignes d'attirer l'attention.

La nommée M..., Marie, âgée de 25 ans, domestique, entre salle Lugol, nº 5, le 29 mars 1893.

Pas d'antécédents héréditaires.

A 21 ans, fièvre typhoïde.

La malade a contracté la syphilis en 1891; elle aurait eu un chancre génital dans les premiers jours d'avril; un médecin lui a ordonné alors quatre pilules à prendre, deux à chaque repas. Après quinze jours de ce traitement, est apparue une éruption légèrement prurigineuse; il y avait concurremment des plaques blanches dans la bouche; la malade ne peut fournir aucun renseignement sur la nature de cette éruption. On sait seulement qu'elle a été soignée huit jours à Lariboisière, d'où le médecin l'a adressée à M. le professeur Fournier. L'éruption à cette époque était généralisée, peu prurigineuse, légèrement desquamative, et ne présentait pas, au dire de la malade, le même aspect que l'éruption actuelle. Elle a été accompagnée d'une chute complète des cheveux qui ont repoussé depuis.

Elle a été soignée du mois de mai au mois de novembre 1891, salle Henri IV, et la fiche de diagnostic porte la mention : syphilis et hydrargyrie.

Depuis lors, il ne semble pas s'être produit d'accident spécifique.

Marie M... affirme que depuis le mois de novembre 1891, elle a cessé complètement tout traitement; elle n'a pris, ni pilules, ni sirop, ne s'est fait aucune injection médicamenteuse.

L'affection actuelle a débuté il y a six jours par des frissons répétés, une fièvre intense, de la céphalalgie, en même temps que des vomissements bilieux qui ont persisté deux jours. La face devint rouge, tuméfiée, et le siège de vives démangeaisons, la malade éprouva une dysphagie légère pendant deux jours. L'éruption qui s'est produite d'abord à la face, s'est généralisée le lendemain. Dès le troisième jour, la desquamation a commencé au niveau des bras, consécutivement à l'apparition des vésicules miliaires qui se sont desséchées rapidement; elle s'est rapidement généralisée.

Le 21 mars, toute la surface du corps est rouge et sur ce fond rouge se détachent de nombreuses squames épidermiques qui donnent au tégument un aspect feuilleté.

Ces squames sont confluentes sur le cou, le tronc, les bras et les cuisses. Elles sont fines, de forme irrégulière; les unes sont adhérentes par un de

av

de la

Ce

et

et

de

cla

l'e

il

la

m

pı

u

tr

de leurs bords et soulevées par l'autre; les autres adhèrent parleur centre et leurs bords sont légèrement soulevés; toutes s'enlèvent très facilement avec l'ongle. On constate, symétriquement ordonnées sur la face dorsale des mains, de petites taches de couleur rouge, ne disparaissant pas par la pression du doigt; leurs dimensions sont celles d'une tête d'épingle. Ce piqueté purpurique se retrouve à la paume des mains, à l'hypogastre, aux membres inférieurs. Les taches hémorrhagiques sont très confluentes et très foncées à la partie antérieure des deux jambes, moins confluentes et plus pâles sur la face antérieure de la rotule et sur la face postérieure des jambes. Il existe de véritables taches ecchymotiques un peu au-dessus des malléoles, surtout de la malléole interne et un piqueté rougeâtre et clairsemé sur le dos des pieds; on voit également quelques taches purpuriques à la partie moyenne de la plante du pied droit.

Toute la surface de la peau est sèche, sauf les régions sous-mammaires, l'espace interfessier et les plis génito-cruraux qui sont légèrement suintants. Les membres inférieurs sont œdématiés et douloureux à la pression; il existe sur la partie médiane du genou une croûtelle au-dessous de

laquelle on trouve le derme suintant.

Il n'existe aucune altération des cheveux, des poils ni des ongles; les muqueuses de la bouche, de l'isthme du gosier et du pharynx sont normales; la langue n'est ni rouge ni dépouillée, elle est seulement un peu sèche; il n'y a pas de stomatite; on note l'état fuligineux des gencives.

Toute la peau est le siège d'un prurit intense, sauf les points où se sont produites des hémorrhagies intradermiques; il n'y a pas de douleurs arti-

La température axillaire atteint 38°,4 le soir. Le pouls est régulier, égal, un peu faible.

La rate n'est pas grosse ; il n'y a pas de diarrhée.

L'auscultation du cœur révèle un frottement péricardique en un point très limité dans le deuxième espace intercostal gauche.

Les poumons sont normaux.

La malade est enceinte de quatre mois.

Les urines ne renferment pas d'albumine.

On prescrit une potion de Todd avec extrait de quinquina; du bouillon et du lait, en même temps que l'application d'une pommade au menthol pour calmer le prurit.

Le 26. La malade avorte.

L'état des téguments est le même.

Le frottement péricardique est plus net qu'au début ; on observe en outre un souffle léger, systolique, à la pointe du cœur.

Le 28. La température s'est élevée hier soir à 40°; elle est de 38° ce matin. La malade a eu hier plusieurs frissons qu'on attribue à la septicémie puerpérale; la pression hypogastrique est légèrement douloureuse à la pression.

Les squames sont plus épaisses, plus larges et plus molles que les jours précédents; elles sont par places entremêlées de croûtelles. Les taches purpuriques ne persistent plus qu'à la région antérieure des jambes; il existe un soulèvement bulleux à la partie interne de la jambe gauche.

Les doigts sont gonflés ; leurs articulations sont douloureuses, et leurs mouvements entravés.

L'auscultation du cœur révèle les mêmes signes que précédemment.

La malade prend un gramme de sulfate de quinine.

Le 29. La chute des squames est plus abondante; celles qui tombent sont sans cesse remplacées par de nouvelles. La desquamation se fait en larges lambeaux surtout aux mains. Les régions poplitées sont suintantes et la sérosité excrétée à ce niveau donne lieu à la formation de croûtelles,

Même état du cœur. Les articulations des doigts sont encore douloureuses ; il y a un peu de diarrhée.

On fait dans l'après-midi une injection intra-utérine (trois litres d'une solution de sublimé à 1 pour 2000).

Le 30. Même état. La diarrhée persiste.

L'urine, rare et foncée, contient environ 0,50 d'albumine et 20 grammes d'urée par litre; la quantité émise par la malade est évaluée approximativement à 1200 grammes; il y a des traces d'indican.

Le 31. A la suite de l'injection intra-utérine, la température est descendue à 37°.8.

Depuis deux jours, la conjonctive palpébrale est rouge et la paupière inférieure est légèrement en ectropion. La desquamation se fait encore abondamment sur toute la surface du corps en lambeaux larges et épais. Au niveau du pli du coude, la peau est excoriée, suintante, couverte de croûtes jaunâtres et épaisses. On retrouve les mêmes croûtes au niveau des poignets et aux creux poplités.

Application de vaseline simple.

2 avril. L'état général est toujours le même; anorexie, soif vive, langue sèche, gencives fuligineuses. La diarrhée a cessé. Temp. 38° le matin.

Le frottement péricardique persiste à la base du cœur ainsi que le léger souffle systolique à la pointe.

La toux est assez fréquente, sans expectoration.

Le murmure vésiculaire est diminué aux deux bases.

La desquamation continue; les squames sont plus larges au niveau des mains et des pieds et rappellent en ces points celles qui succèdent à la scarlatine.

On constate de nouvelles croûtelles molles et jaunâtres à la partie antérieure des aisselles, et sur les parties latérales de l'abdomen.

Des squames enlevées hier dans la région présternale se sont reformées en partie.

Même état des conjonctives.

Le prurit persiste aussi intense que les premiers jours. Quinine; Todd; bouillon; lait; glace.

Le 4. Même état général. Urines contenant toujours de l'albumine, mais il n'y a plus d'indican. Le frottement péricardique ne se modifie pas. Râles fins à la base des poumons. Pouls 88. Temp. 38°,4 le matin, 38°,8, le soir.

La desquamation très abondante, se fait en larges lambeaux aux extrémités et sur la face postérieure du tronc.

On observe des croûtes épaisses, conglomérées, de couleur rouge brunâtre dans les mêmes régions que les jours précédents. Les membres inférieurs sont encore légèrement œdématiés; les doigts sont moins gonflés et leurs articulations ne sont plus douloureuses. Sur la face antérieure des jambes, les lames épidermiques desquamées contiennent, dans leur épaisseur, les taches hémorrhagiques mentionnées plus haut; on ne les retrouve pas dans le tissu sous-jacent; leur examen histologique montre qu'elles sont formées par des amas de matière colorante du sang.

Au niveau des fesses, il existe des excoriations irrégulières qui laissent

le derme à nu et font beaucoup souffrir.la malade.

Le 5. Tempér. 390,4. Pouls 96.

L'auscultation du cœur donne les mêmes signes: on entend des râles sous-crépitants fins aux deux bases.

Il n'y a pas de douleur abdominale, mais un écoulement blanchâtre et

fétide se fait par le vagin.

La desquamation persiste, mais elle devient moins abondante et les squames ne se reproduisent plus. Les lambeaux épidermiques sont larges et très épais au niveau des extrémités. Les téguments sont beaucoup moins rouges qu'au début. Les conjonctives sont revenues à l'état normal.

Les cheveux et les ongles paraissent indemnes. Le prurit toujours est

très intense.

On remplace le sulfate de quinine par 3 grammes de salicylate de soude. On fait une 2º injection intra-utérine au bichlorure de Hg à 1/2000.

Le 6. Amélioration très notable ; la desquamation est beaucoup moins abondante ; la face est presque complètement détergée ; il persiste une rougeur généralisée des téguments.

Le prurit est encore très intense, surtout au niveau des régions lom-

baires.

Le 7. La malade accuse de la douleur dans l'épaule droite; l'auscultation du cœur donne les mêmes résultats.

Cette maladie appartient au type qui a été décrit sous le nom d'érythème scarlatiniforme; le caractère nettement inflammatoire des lésions cutanées et particulièrement les phénomènes d'exsudation qui en diverses régions ont amené la formation de couches épaisses nous conduisent à lui donner de préférence la dénomination de dermatite qui lui a été attribuée par MM. Vidal et Leloir.

Le diagnostic n'a pas offert de sérieuses difficultés: l'absence complète d'exanthème lingual et guttural ainsi que l'apparition précoce de la desquamation, signe dont l'importance prépondérante a été établie par M. Besnier, nous ont permis d'éliminer l'hypothèse d'une scarlatine. La cause de la maladie nous échappe; la malade ayant été atteinte une première fois d'un érythème desquamatif à la suite d'un traitement mercuriel, nous avons dû rechercher si cette même influence pouvait être invoquée dans le cas présent; les réponses très précises de la malade, coïncidant avec l'absence de stomatite, nous ont amené à des conclusions négatives.

La grossesse ne peut davantage être invoquée comme cause, car

elle évoluait sans accidents jusqu'au jour où la maladie intercurrente a amené l'avortement.

La malade assure n'avoir pris aucun médicament. C'est donc en apparence spontanément que s'est développée la dermatose. Ce fait, rapproché de l'éruption hydrargyrique qui s'est produite antérieurement, montre bien que, conformément aux vues de M. Besnier, la prédisposition individuelle joue le rôle essentiel dans la genèse de cette dermatose. Comme particularités cliniques, nous mentionnerons l'existence de bulles, déjà signalées dans d'autres cas, par MM. Vidal et Leloir, l'abondance des pétéchies qui ont été confluentes aux membres inférieurs et se sont produites simultanément aux membres supérieurs, la production en diverses régions et surtout au niveau des plis articulaires, d'excoriations avec exsudation concrétée en croûtelles ou en croûtes relativement épaisses, l'intensité du prurit qui persiste depuis le début de la maladie et est encore actuellement très pénible bien que l'éruption soit manifestement en voie de régression, l'avortement et les complications cardiaques ; nous pouvons affirmer que celles-ci se sont bien produites pendant le cours de la maladie, car les phénomènes stéthoscopiques s'y sont modifiés.

Nous avons vu que les accumulations de pigment hématique qui constituent les pétéchies siègent aujourd'hui exclusivement dans l'épiderme et disparaissent complètement quand les squames se détachent. Il n'a pas évidemment dû en être ainsi au début de la maladie; c'est nécessairement dans le corps papillaire que l'hémorrhagie a dû se produire, le sang s'est ensuite infiltré dans les cellules épidermiques; si l'on ne retrouve la matière colorante que dans ces derniers éléments, c'est qu'elle y est restée en dehors du mouvement circulatoire et des échanges nutritifs qui, dans son foyer initial, le derme, en ont amené la résorption.

# Lèpre et simili-lèpre.

Par M. DU CASTEL.

Dans un moment où l'on discute la fréquence et l'importance de la lèpre en France, où l'on s'efforce d'établir les affinités qui existent entre cette maladie et diverses autres affections récemment décrites, telles que la syringomyélie, la maladie de Morvan, il m'a semblé intéressant de rapprocher l'histoire de deux malades entrés récemment dans mon service.

Le premier est une victime incontestable du bacille de Hansen : il a eu,

il y a une trentaine d'années, un chancre, qui fut déclaré syphilitique et le malade fut soumis à un traitement mercurique et iodurique; je dois dire cependant que l'existence de la syphilis pourrait être discutée, car il n'y eut ni accidents secondaires, ni accidents tertiaires, bien que le malade se fasse la douce illusion que les accidents dont il souffre depuis quelques années, sont de nature syphilitique. Agé aujourd'hui de 46 ans, C... a habit les Indes depuis 1876, vivant constamment avec des lépreux; c'est en 1878 qu'aurait commencé la série des accidents dont nous constatons aujourd'hui la persistance ou les traces: tubercules, suivis ou non d'ulcérations, atrophies musculaires, anesthésies, éruptions caractéristiques: rien n'a fait défaut pour permettre d'affirmer catégoriquement la présence du bacille de Hansen derrière les lésions que nous observons actuellement.

Aujourd'hui nous constatons des cicatrices, reliquats d'ulcérations guéries; des ulcérations non encore fermées sur les jambes, au sommet du coude gauche; des atrophies musculaires très avancées aux membres supérieurs; les réflexes rotuliens présentent une légère diminution. Il y a de nombreuses zones d'anesthésie complète ou avec dissociation des différents genres de sensibilité. Ce qui est surtout remarquable chez notre malade, c'est l'étendue, la généralisation de l'éruption lépreuse. De larges placards d'érythème circiné existent sur toute la surface cutanée, tronc, membres supérieurs et inférieurs, face. L'éruption paraît débuter par une plaque uniformément rouge, à tendance extensive, qui s'éteint au fur et à mesure qu'elle s'élargit et donne ainsi naissance aux larges placards circinés que vous pouvez constater; l'anesthésie est complète à leur niveau.

Les nerfs cubitaux sont très augmentés de volume et noueux.

La seconde malade, que j'ai l'honneur de vous présenter, est aussi âgée de 46 ans; ses antécédents de famille ne nous ont rien permis de relever de particulier; elle-même s'était toujours bien portée jusqu'à ces deux dernières années; il faut cependant noter qu'elle a eu à l'âge de 16 ans une variole très intense dont vous pouvez constater les cicatrices. Elle est née à Dieppe, de parents originaires de la même contrée et qui ne paraissent pas avoir visité les contrées où sévit la lèpre. A l'âge de 16 ans, la malade a quitté Dieppe pour venir habiter Paris; elle a eu six grossesses et trois fausses couches; mais rien ne permet de supposer que la syphilis soit intervenue dans la production de ces dernières.

Il y a environ deux ans, M<sup>mo</sup> B... a commencé à ressentir dans le côté droit du corps un engourdissement très pénible, cédant quelquefois la place à des sensations douloureuses très vives, à des élancements; un maximum très prononcé existait au niveau de la main et de la partie inférieure de l'avant-bras. Depuis quelques mois, des accidents analogues se

sont fait ressentir dans le côté gauche du corps.

Depuis un an environ la malade venait de loin en loin à la consultation de l'hôpital et j'avais pu constater en même temps que des phénomènes d'anesthésie du côté droit du corps, la production fréquente de bulles très volumineuses du même côté; depuis quelque temps, quelques bulles s'étaient montrées sur le côté gauche. Il y a huit semaines environ, des douleurs beaucoup plus violentes que de coutume se firent ressentir sur-

tout dans le côté gauche, une éruption généralisée se produisit et la malade, devenue incapable de travailler pour gagner la vie de ses enfants, se décida à rentrer à l'hôpital. Voici quel était l'aspect de l'éruption au moment de la rentrée à l'hôpital, d'après les notes recueillies par mon interne, M. Dufour. A la tête, l'éruption occupe le front, les deux joues, le lobule et la moitié inférieure des oreilles, les régions cervicale, sous et péri-auriculaire; l'éruption est beaucoup plus abondante du côté droit, où une plaque étendue occupe la région sourcilière. L'éruption consiste en plaques érythémateuses d'aspect érysipélateux, légèrement saillantes. Dans quelques points, il y a de véritables tubercules. Démangeaisons, sensation de cuisson.

Sur les bras, les jambes, le tronc, les seins, placards érythémateux, sans forme bien définie, quelques-uns très étendus; quelques placards, surtout sur l'avant-bras gauche, ont une forme nettement arrondie.

Dans l'intervalle des placards, la sensibilité au contact est conservée; la sensibilité à la température et à la douleur est atténuée ou abolie; au niveau de la plupart des placards, l'anesthésie est complète. Les troubles de la sensibilité sont beaucoup plus accusés sur le côté droit que sur le côté gauche, au membre supérieur qu'au membre inférieur.

Les réflexes pharyngés sont diminués; les réflexes rotuliens sont exa-

gérés, surtout à droite.

La puissance musculaire est affaiblie à droite où la main, légèrement déformée en griffe, est devenue moins forte que la gauche et où les éminences thénar et hypothénar paraissent un peu moins développées que celles du côté gauche.

Le nerf cubital gauche est le siège d'une sensibilité excessive; mais son volume n'est pas sensiblement accru. On ne trouve aucune intoxication médicamenteuse ou autre comme cause de l'éruption actuelle.

Depuis l'entrée de la malade, l'éruption s'est atténuée avec une lenteur remarquable et a pris sur un certain nombre de points une forme circinée très accusée. Les phénomènes douloureux ont persisté dans le côté gauche du corps.

Au moment où la malade est entrée dans le service, je me suis demandé si j'étais en présence d'un érythème polymorphe rhumatismal ou d'une éruption d'origine toxique médicamenteuse ou autre; la malade ne prenait aucun médicament depuis un certain temps et je ne pus trouver chez elle aucune cause d'intoxication, la dernière hypothèse sembla donc devoir être éliminée; la pensée d'un érythème rhumatismal fut rejetée, quand je constatai la marche de la maladie. L'éruption, en effet, au lieu de s'effacer rapidement comme un érythème rhumatismal, ne s'est atténuée que lentement et laisse encore aujourd'hui sur la face un certain nombre de tubercules; sur les membres inférieurs, des placards d'érythème circiné; à la partie inférieure des membres supérieurs, de grands placards érythémateux livides.

Y a-t-il lieu de rapprocher cette malade du précédent, qui comme elle présente des phénomènes d'anesthésie, une éruption très analogue?

Dans les pays où sévit le bacille de Hansen, on n'hésiterait certainement pas à rapprocher ces deux malades et à les déclarer tous les deux lépreux? Chez une malade aussi française dans son origine, dans son existence, j'hésite à faire ce rapprochement. Il faut remarquer cependant que le mari de la malade a vécu quelque temps en Amérique et pourrait être incriminé de lui avoir rapporté la maladie; mais rien, dans ce que la malade raconte, ne permet de supposer que cet homme ait jamais été atteint de lèpre; c'était un parfait alcoolique qui est mort de son alcoolisme. Je sais bien que le professeur Leloir a signalé l'existence dans le nord de la France de lèpres atténuées autochtones; mais je crois qu'il serait hardi d'affirmer dès aujourd'hui que l'anesthésie, l'éruption bulleuse, l'érythème de notre malade sont sans aucun doute les premières étapes d'une lèpre en évolution. Pour être aussi affirmatif, il faudrait établir incontestablement l'existence du bacille de Hansen; nous avons commencé sa recherche par les procédés de Kalindero et de Démosthène, mais nous ne sommes pas encore arrivés à des résultats positifs. Jusqu'à nouvel ordre, il faut nous contenter du diagnostic d'affection spinale, de nature indéterminée, peutêtre syringomyélie, s'accompagnant en même temps que de troubles de la sensibilité, de troubles trophiques très prononcés et caractérisés par la production de bulles et d'un érythème particulier. Peut-être, étant donné que les maladies infectieuses peuvent donner naissance à des myélites chroniques à longue échéance, y a-t-il lieu de se demander si la variole, dont notre malade a été atteinte autrefois n'a pas été l'origine d'une myélite dont nous constatons aujourd'hui les effets? Pour affirmer un diagnostic, il faudrait avoir un moyen certain et facile de démontrer la présence ou l'absence du bacille de Hansen chez le vivant; espérons que les essais tentés dans la voie indiquée par MM. Kalindero et Démosthène, nous conduiront à ce résultat.

M. Bruno Chaves. — En ce qui me concerne, je n'hésiterais pas à affirmer ici le diagnostic lèpre. La ressemblance objective des lésions est absolue.

M. Du Castel. — Il est intéressant de constater que ce diagnostic puisse être porté d'une façon ferme chez une malade qui n'a jamais quitté la France. Son mari, il est vrai, a habité l'Amérique, mais n'a jamais rien eu.

M. E. Besnier. — Outre la contagion directe, il faut songer aussi à la contagion indirecte par les vêtements ou autres objets hérités d'un lépreux par exemple. Chez la malade de M. Du Castel il serait bon d'instituer l'examen bactériologique suivant le mode indiqué par Kalindero et Démosthène, de Bucarest, c'est-à-dire par l'épreuve du vésicatoire suppuré. On trouve dans l'exsudat, s'il s'agit d'un lépreux, des bacilles en nombre considérable, nombre inquiétant même, car l'on est en droit de s'en étonner, étant donné qu'il n'y en a probablement pas dans le sang.

# Sur un cas d'éléphantiasis congénital.

Par le Dr PAUL ARCHAMBAULT (de Tours).

« L'éléphantiasis des Arabes a une physionomie trop spéciale pour que nous nous attardions à en faire le diagnostic différentiel » Ainsi s'exprime M. le D' Brocq dans son Traité des maladies de la peau.

C'est précisément en voyant cette physionomie si spéciale, et en trouvant dans le cas que j'ai l'honneur de présenter tant de symptômes propres à l'éléphantiasis, que je me suis arrêté définitivement à cette étiquette. Cependant, j'ose le dire, j'hésite encore, car jai annoncé congénital, et j'ai trouvé avec quelle unanimité les dermatologistes restent muets sur cette particularité, et de fait elle est au moins bizarre, puisqu'elle est en opposition avec l'étiologie même de l'éléphantiasis.

J'emprunte la définition de Kaposi (traduction Besnier et Doyon): On désigne sous ce nom (éléphantiasis) une hypertrophie de la peau « et du tissu cellulaire sous-cutané: limitée à certaines régions du corps, consécutive à des troubles locaux de circulation, à des inflammations chroniques et réitérées des vaisseaux sanguins et lymphatiques, à l'érysipèle ou à un cedème de longue durée, et qui, intéressant également les tissus sous-jacents, détermine une augmentation de masse et de volume de toutes les parties qui constituent les régions atteintes ». On trouve dans le cas qui fait l'objet de cette observation une étiologie admissible, peut-être faut-il admettre des troubles locaux de circulation in utéro ?

Obs. — Au mois de septembre 1887, ayant été à la campagne voir un malade dans la clientèle de mon père, nous fûmes invités, par un fermier, devant l'habitation duquel nous passions, à entrer pour examiner son enfant nouveau-né, âgé de cinq jours. C'était une petite fille bien constituée, mais présentant une difformité au membre inférieur gauche. Depuis le cou-de-pied jusqu'au genou la jambe présentait un volume considérable, la peau à ce niveau était terne, rugueuse au toucher, peu dépressible et ne laissant pas de trace de dépression; l'épiderme était ridé et cette masse avait l'air sans vie; et le petit pied de l'enfant, rosé et bien remuant, semblait sortir d'une masse de cire.

« Je me souvenais avoir vu à l'hôpital d'Alger une jambe éléphantiasique, je portai immédiatement, sous une première impression, le diagnostic d'éléphantiasis congénital. »

J'oubliai l'enfant, lorsqu'au mois de janvier 1892, je demandai ce qu'elle était devenue et ayant appris qu'elle vivait encore, j'allai la voir peu de jours après et voici ce que je constatai, ce que me racontèrent les parents et ce que me dit mon père qui depuis des années avait soigné cette famille:

Comme antécédents héréditaires: La grand'mère maternelle avait un lupus de la face et elle est morte par le marasme; le grand-père vit encore et a une bonne santé. Les grands-parents du côté du père n'ont pas d'antécédents maladifs connus, leur fils ne les a jamais connus malades. Le père de l'enfant est bien portant et d'une bonne constitution.

La mère a toujours habité la campagne, a été habituée dès son enfance aux occupations multiples d'une ferme, faisant parfois de lourds travaux, ayant beaucoup de fatigue, sans pouvoir racheter la dépense par un régime reconstituant. Sans être une vigoureuse campagnarde, elle a cependant une bonne santé générale et n'a jamais fait de grande maladie.

Elle a eu cinq enfants, dont le quatrième, la petite Marie, fait l'objet de cette observation; toutes les couches ont été régulières et les suites en ont été bonnes. Cependant elle dit que pour Marie, elle a été souffrante pendant tout le temps de sa grossesse, obligée souvent de garder le lit, elle a dû cesser les travaux de la ferme et se borner seulement à la surveillance.

Cette pauvre mère a été assez malheureuse dans ses enfants: l'aîné est un garçon de treize ans, il a une bonne santé. Le second est une fille de douze ans, elle est délicate et chétive, elle boite légèrement à gauche et porte de ce côté le pied tout à fait en dehors. Nous trouvons ensuite un garçon de neuf ans, qui est encore plus mal partagé, il a une atrophie considérable de la cuisse et de la jambe gauche avec une impotence fonctionnelle presque complète, il est obligé de se prendre la jambe à deux mains pour l'élever, la jambe est fléchie sous la cuisse et il marche en sautant sur la bonne jambe.

Le quatrième enfant est la petite Marie.

Ces braves fermiers ont enfin pour clore la série jusqu'à ce jour une petite fille de onze mois qui est vigoureuse et ne présente pas d'infirmité.

Il n'existe aucun lien de parenté entre le père et la mère.

La petite Marie est une blonde de quatre ans, aussi grande que les enfants de son âge. Elle a un teint terreux, avec une petite figure qui a un air malheureux; d'ailleurs la souffrance est souvent son partage, elle a des glandes au cou. Elle a été élevée au biberon et de tout temps a eu fréquemment de la diarrhée: souvent la mère a vu du sang dans ses matières. Marie se plaint de ressentir des douleurs assez vives, et la nuit, paraît-il, elle geind presque continuellement. Elle marche seule, elle traîne en marchand sa jambe qui est trop lourde pour elle, et elle plie difficilement le genou.

Quand elle est debout, arrêtée, elle prend son point d'appui sur la hanche droite, elle se courbe à droite, de sorte que le corps fait une ensellure à droite, de façon à prendre le moins possible d'appui sur sa jambe gauche qui lui fait mal.

Les mesures de sa jambe gauche sont exactement celles-ci: A la naissance de la tumeur au niveau des malléoles, 21 centimètres de circonférence.

Cinq centimètres au-dessus des malléoles, 38 centimètres de circonf. Au milieu de la jambe, 46 centimètres de circonf., tandis qu'au milieu de la jambe droite, on trouve seulement 17 centimètres de circonf. Immédiatement au-dessous du genou gauche, 27 centimètres. Sur la partie antérieure de cette énorme jambe, la peau est assez lisse et très tendue, à la naissance elle était écailleuse et fendillée. Le pied, qui ne présentait rien d'anormal lorsque je le vis à cinq jours, offre aujourd'hui sur le dos une tumeur mollasse dans laquelle on sent quelques noyaux durs. Au talon on trouve du côté externe une tumeur grosse comme une orange et assez molle. Les mouvements se font bien dans les doigts de pied.

Sur la tumeur proprement dite, à la partie antérieure et interne la peau est assez blanche, présentant cependant une très légère teinte violacée, elle est sillonnée de deux grosses veines saillantes. En arrière on voit une large tache veineuse, violacée, télangectiasique, présentant des dépressions comme des dépressions digitales. Au niveau du genou, la tumeur fait un ressaut brusque, puisque nous tombons de 46 à 27 centimètres de circonférences; à ce niveau on voit une bosse sanguine, saignant facilement. Si nous examinons la cuisse, nous trouvons là aussi des modifications notables, qui se sont produites depuis la naissance; jusqu'à ce moment la lésion n'était visible que jusqu'au genou.

Milieu de la cuisse gauche, 29 centimètres de circonf. Milieu de la cuisse droite, 22 centimètres de circonf.

Donc la cuisse du côté malade présente 7 centimètres de plus de circonférence que l'autre. Sur cette cuisse gauche nous trouvons à la partie postérieure une tumeur mollasse présentant l'aspect d'un angiome. A la face interne, une grosse varice, remontant jusqu'au pli de l'aine, une tumeur de la grosseur d'un œuf de poule et quelques petites tumeurs disséminées; nous trouvons des ganglions dans l'aine.

La grande lèvre gauche est très hypertrophiée, très saillante; au-dessus du pli de l'aine des paquets variqueux.

Sur la fesse gauche une tumeur violacée, toujours assez molle, plus étendue en largeur qu'en hauteur.

Aujourd'hui où l'on constate cette couleur violacée de la tumeur avec des bosses sanguines et des varices, c'est de l'éléphantiasis télangiectasique. Il y a parfois des hémorrhagies assez fortes qui effraient beaucoup la mère : elle est obligée d'envelopper soigneusement la jambe de son enfant, car il s'y fait presque continuellement une sécrétion séreuse assez abondante qui traverse tous les linges.

Marie se nourrit maintenant très peu, aucune nourriture ne lui plait, et bien que vivant au grand air elle n'a jamais faim; il y a un an, au contraire, sa mère ne pouvait arriver à la rassasier. Elle a beaucoup maigri depuis quelques mois.

### Note sur la syphilis pulmonaire.

Par le D' Louis Jullien, chirurgien de Saint-Lazare.

On a beaucoup écrit sur la syphilis pulmonaire, et les principaux traits de cette grave manifestation sont aujourd'hui assez bien connus.

ell

de

qu

di

ch

le

ve

te

m

aı

C

tı

d

d

Pourquoi donc cependant les erreurs dont elle est l'occasion sontelles si difficilement évitées? Malgré la connaissance des antécédents, la coexistence même d'accidents de caractère indiscutable, la plupart des cas se présentent avec un tel cortège de symptômes trompeurs que le doute sur leur nature ne vient même pas à l'esprit, et l'on peut dire que c'est une des maladies les plus rarement diagnostiquées. Dans ses formes bénignes elle est confondue avec les bronchites chroniques et l'emphysème, grave et destructive on l'englobe parmi les diverses formes de la phtisie bacillaire. En dépit de la disconvenance des thérapeutiques, cette pseudo-tuberculose surprend un temps par la clémence du processus et la lenteur des déterminations, mais c'est généralement pour aboutir au décours ultime des phtisies. Or ces cas étaient susceptibles de guérison, tout au moins de grande amélioration, d'atermoiement, de durée.

L'exemple que je vais rapporter, servira, je pense, de preuve à cette assertion.

Une malheureuse phtisique de 46 ans, M<sup>me</sup> O..., se présente à mon observation en février 1890; elle vient me prier de la guérir d'ulcérations et de tumeurs qui endolorissent et entravent sa jambe droite depuis un an. Elle est accompagnée de ses deux filles, grandes et belles femmes, qui jouissent de la plus parfaite santé. La nature des ulcérations ne fait aucun doute, l'une d'elles, la plus importante, tient à une gomme du tibia, on sent pardessous l'os gonflé et entamé. J'apprends que cette dame a été mariée deux fois, et qu'après avoir eu 3 enfants bien constitués, elle a contracté en 1880 une union dont la durée fut fort courte, son mari ayant succombé au bout d'un an avec des boutons et des ulcères. Il était dès lors facile de reconstituer l'histoire d'une syphilis ignorée jusque-là et vieille de 10 ans.

Poursuivant mon enquête sur la santé générale, je fus frappé de sa grande altération, de l'état de consomption, de cachexie profonde. Mme O... pèse 48 kilog., elle est maigre et d'une pâleur de cire. Depuis plusieurs mois elle a vu ses forces décroître, la fièvre est constante, avec exaspération vers le soir et sueurs profuses la nuit ; la respiration est difficile, courte, haletante, la toux presque continue. L'expectoration élimine incessamment de grosses masses purulentes épaisses, jaune verdâtre. Pour l'exploration pulmonaire je fis appel à la grande expérience de mon ami le Dr Josias que je suis heureux de remercier ici; son oreille vint à mon aide, comme sa compétence de clinicien en confirmation de mes déductions de spécialiste et voici ce que nous pûmes constater : En arrière et à gauche, matité dans les fosses sus et sous-épineuses, diminution de la sonorité dans les deux tiers inférieurs; à la partie interne de la fosse sus-épineuse, râles souscrépitants, fins; çà et là, de haut en bas, et sur toute la ligne vertébrale nombreux râles crépitants et sous-crépitants, se modifiant sous l'influence de la toux, respiration rugueuse, ulcérations thoraciques augmentées; à droite, submatité dans la fosse sus-épineuse, respiration puérile. En avant et à gauche, matité de haut en bas, craquements secs et humides sous la clavicule, nombreux, respiration cavernuleuse, retentissement de la voix ;

çà et là, râles sous-crépitants; à droite, sonorité et respiration puérile. La conclusion de cet examen se tire d'elle-même: phymatose chronique pulmonaire, phtisie évidente avec tous les caractères de la phtisie tuberculeuse, indurations, ramollissement, ulcérations du parenchyme, envahissement de l'organe respiratoire par la purulence, c'est-à-dire pronostic funeste à brève échéance. Cette conclusion qui s'imposait à notre esprit, malgré tout ce que nous savions de spécial de cette malade, nous voulûmes l'asseoir sur l'examen bactériologique; en recherchant la présence du bacille de Koch, nous ne doutions pas de l'y rencontrer, et tous deux séparément nous commençâmes nos examens.

Ces examens, c'est à plus de vingt reprises que nous les avons renouvelés, et constamment ils restèrent négatifs. Nous trouvions seulement en quantité prodigieuse microcoques, diplocoques et streptocoques. Dans un esprit de doute hautement scientifique, et, poussant l'investigation à ses dernières limites, Josias voulut recourir au contrôle suprême de l'expérimentation. Divers animaux reçurent des inoculations de l'expectorat, mais ils succombèrent à des abcès septiques, et pas un ne devint tuberculeux.

Il fallait se rendre, nier l'évidence, proclamer l'identité de nature entre les accidents pulmonaires et les manifestations périphériques, providentielles, puisque tout de même elles nous ouvraient les yeux, et allaient nous conduire à accentuer la thérapeutique libératrice déjà instituée en effet, comme sur la peau, comme dans les os. Force nous était bien d'admettre dans la poitrine l'infiltration gommeuse, le ramollissement, les fontes de tissu, les pertes de substance, les ulcérations et les cavernes suppurantes, c'est-à-dire un double processus d'infection mixte par les produits spécifiques syphilomateux et les organismes pathogènes ordinaires de la suppuration.

Enfin, j'ajouterai que M<sup>me</sup> O... présentait en outre une dyspepsie très accusée, avec dilatation de l'estomac et clapotement sonore, accident dont j'ai naguère signalé l'extraordinaire fréquence chez nos malades tertiaires.

Pour correspondre à ces multiples indications, le traitement chercha d'abord le relèvement de l'état général (toniques, phosphates, coca, quinquina, quelques alcooliques, régime surveillé), puis la décongestion et l'antisepsie broncho-pulmonaire (révulsifs répétés sur le thorax soit avec des pointes de feu, soit avec des applications d'acide phénique pur, iodoforme à l'intérieur, et pendant un certain temps, injections sous-cutanées d'eucalyptol). Pour ce qui est du traitement spécifique, il ne fallait pas songer, vu la mégalogastrie, à utiliser l'ingestion stomacale, et l'eussionsnous pu, je n'y aurais pas eu recours, car l'expérience m'a appris qu'en ces sortes de cas, contre ces lésions tertiaires tardives, aucun mode de médication ne peut rivaliser avec cette injection de calomel que l'on a tant décriée. En même temps je faisais prendre l'iodure de potassium en lavement dans du lait. Je réalisais ainsi un type idéal du traitement mixte, et je proliteral de cette occasion pour déclarer ici, contrairement à l'assertion de quelques-uns, que je n'ai jamais observé le moindre inconvénient à la suite de cette association, et que rien n'autorise à penser que sous l'influence de l'administration des iodures, le foyer calomélique se transforme pa

mé

bie

ge

su

en

po

la

re

tra

on

m

qu

gr

80

do

ve

so sa

ef

râ

af

SU

80

tic

ré

in

partiellement ou en totalité en un amas d'iodure mercurique irritant et même caustique. En terminant l'énoncé de ce programme curatif, je tiens bien àdire que, étant donnée la gravité des lésions, nous ne pouvions songer à guérir cette malade, notre unique but pouvait être de l'empêcher de mourir à court délai.

Une chose remarquable, c'est que cette cachectique ne fut nullement éprouvée par un traitement que l'on tient pour si rigoureux, par ce remède de cheval, comme l'a dit un professeur étranger. Il est vrai que je le tempérai suivant les résistances, puisqu'en 2 ans, du 6 février 1890 au 21 mars 1892, je ne fis que 6 injections. Quoi qu'il en soit, en moins d'un mois les accidents superficiels avaient disparu, et les symptômes pulmonaires entraient en voie d'amélioration marquée, et pour tout dire, résultat qui peut passer pour invraisemblable, aujourd'hui 3 années se sont écoulées et notre malade vit encore.

Ce n'est pas qu'elle n'ait passé par beaucoup de vicissitudes. Elle eut des recrudescences avec hémoptysies, toux, douleur, oppression, mais elle traversa aussi des périodes de réelle bonne santé, puisque à la date de juillet 1890, après 6 mois de soins, je lis dans mes notes : « Les quintes ont cessé, un vif appétit est revenu, la malade s'engraisse, prend bonne mine ». L'amélioration était telle que pendant 7 mois mon cabinet fut déserté, malgré mes avertissements, et que je restai sans nouvelles jusqu'au 26 février 1891. A cette époque les accidents venaient de reparaître. Le traitement fut repris, 2 injections de Scarenzio furent pratiquées avec grand soulagement, et l'été venu la malade partit pour la campagne en fort bon état. En octobre 1891 le poids était remonté de 48 kilog. à 60 kilog., soit 12 kilog. de bénéfice en 21 mois.

L'hiver ramenait invariablement l'aggravation, la pâleur, la faiblesse, et plus récemment des douleurs thoraco-pariétales très violentes, dues sans doute à des névrites intercostales si fréquentes chez les tuberculeux, et aussi peut-être, suivant l'hypothèse de Josias, à l'infiltration du sternum et des vertèbres dorsales par des produits inflammatoires spéciaux. Mais en somme, cet équilibre vital si instable se prolongeait avec un état général satisfaisant, malgré une anémie excessive.

A la date du 14 mars 1892 l'examen de la poitrine donne les résultats suivants: Pas d'émaciation notable, les espaces intercostaux ne sont pas effacés. En arrière et à gauche, matité dans le tiers supérieur, quelques râles sous-crépitants, à la base nombreux râles sous-crépitants; à droite, matité au tiers supérieur, quelques rares râles sous-crépitants, respiration affaiblie. En avant et à gauche, matité douloureuse occupant la moitié supérieure, râles sous-crépitants multiples, gargouillement vers le tiers supérieur; dans la région sous-claviculaire respirațion caverneuse, pas de souffle dans les autres points; à droite, sonorité de haut en bas, respiration facile. Les urines offrent les caractères normaux avec densité 1023, résidu fixe 44 gr., urée 27 gr., acide urique 47 centigr., chlorures 8 gr. 50, acide phosphorique 2 gr. 62; relevons cependant des traces d'albumine indosable. A constater les nuances qui séparent des précédents les résultats de l'auscultation, n'était-on pas tenté de croire que le phagédénisme pulmonaire avait subi un temps d'arrêt, que la sclérose avec ses bronchec-

tasies, avec ses indurations, ses cicatrices, ses cavernules, avait pris la place des processus ulcératifs qui avaient paru caractériser le mal à son début?

L'été 1892 ne fut pas moins bon que les précédents, mais vers la fin d'août, Mme O... fut prise d'évanouissements inquiétants, la faiblesse et l'anémie se prononcèrent en septembre et octobre ; des hémoptysies abondantes reparurent en novembre, et présentèrent une telle gravité que, une fois encore, l'issue fatale parut imminente. Convaincu que les spécifiques ne pouvaient pas grand'chose contre une débilité qui allait croissant, je recourus aux injections séquardiennes, et ne tardai pas à constater leur réel pouvoir reconstituant; 31 gr. furent injectés en décembre, 28 gr. en janvier, et l'état général se métamorphosa, l'agonisante put quitter son lit, participer à la vie commune, et même tenter quelques promenades par les jours de froid sec. Ce fut comme une résurrection, les forces revinrent, les joues se colorèrent, en même temps que disparaissaient la tristesse et le découragement. Ralenti en février (12 gr.) en raison de cette amélioration même, je le portai de nouveau à 30 gr. en mars dernier, avec les mêmes bons effets. Je ne veux point cependant omettre de signaler un fâcheux incident, la 94e piqure donna lieu à un petit phlegmon rétro-trochantérien précédé de quelques jours de fièvre et de symptômes généraux ; j'en fis l'ouverture le 2 avril et la guérison en fut rapide. Je n'interrompis pas pour cela l'administration du suc bienfaisant, je la modifiai seulement en m'inspirant des travaux de Condamin (de Lyon) sur la substitution des injections intra-rectales de morphine aux injections sous-cutanées, et j'assurai ainsi sans risque la continuation des mêmes bons effets.

Je fis construire une petite canule rectale que j'adaptai à la seringue de Pravaz de 5 gr. dont je me sers habituellement.

J'arrive à la fin de cette longue histoire, trop longue assurément, mais en vérité elle n'est intéressante que par sa longueur; elle montre qu'en face des phtisies les moins équivoques en apparence, la recherche bactériologique peut rendre des services et guider vers la vérité thérapeutique. On me dira que dans le cas de Mme O..., l'accident extérieur, tangible était plus que suffisant pour éclairer le diagnostic, mais cet accident aurait pu manquer, ou, ayant existé être guéri à l'époque de notre examen, et la pneumopathie n'en eût pas moins été spécifique, c'est-à-dire justiciable du mercure et de l'iodure; il manque peut-être dans les trois quarts des cas, et il n'est pas de signe clinique qui puisse venir en aide pour éviter une méprise, surtout dans les cas de syphilis insontium; le microscope seul met infailliblement dans la bonne voie, et apprend alors à ne pas désespérer des malades les plus compromis.

Ce fait me semble encore démontrer, une fois de plus, l'innocuité de la méthode à laquelle Scarenzio et Smirnoff ont attaché leur double renom, et sa particulière vertu dans la phase tertiaire.

Enfin j'insisterai sur le grand parti que notre spécialité peut et doit

tir

au

et

sa

fir

te

CI

he

ni

St

y

Ca

m

V

d

d

r

tirer de la méthode séquardienne. Mon observation répond un peu aux sceptiques attardés qui persistent à ne voir dans ses injections qu'une efficacité de suggestion, car ma malade en ignorait et l'origine et la composition au moment où elle leur devait le renouveau de sa santé.

M. Barbe. — J'ai présenté au congrès de Vienne une observation de syphilis pulmonaire tout à fait comparable à celle de M. Jullien. La présence d'une petite gomme située sur la paroi postérieure du pharynx m'avait permis de faire le diagnostic de syphilose pulmonaire qui fut confirmé par l'absence de bacilles de Koch dans les crachats et dans le contenu de la gomme pharyngée. Des inoculations furent pratiquées avec ces crachats sur des cobayes par mon ami le Dr Rénon. Là nous fûmes plus heureux que M. Jullien : les cobayes tués au bout d'un mois ne présentaient ni abcès septiques, ni tubercules d'aucun viscère.

M. Dubois-Haventh. — Que des cas de syphilis pulmonaire soient pris souvent pour des cas de tuberculose et traités comme tels, il ne saurait y avoir de doute à cet égard. Voici un fait qui vaut la peine d'être signalé, car il mettra le médecin en garde contre le reproche d'avoir, comme cela m'est arrivé, fait rentrer une affection de la peau. Un de mes clients, célibataire, âgé de 60 ans, était atteint d'une syphilide ulcéro-croûteuse du visage que son médecin habituel, ignorant des choses les plus élémentaires de la dermato-syphiligraphie, avait traitée comme un eczéma.

L'erreur de diagnostic était monstrueuse.

Le malade guérit rapidement et j'avais tout lieu de compter sur sa reconnaissance et celle de sa famille; mais il advint qu'une lésion pulmonaire s'étant manifestée et ayant abouti rapidement à une vaste caverne, le médecin ordinaire fit le diagnostic de tuberculose pulmonaire et s'empressa de déclarer que la guérison intempestive du soi-disant eczéma du visage avait donné lieu à une métastase sur le poumon. J'eus beau appeler l'attention sur les antécédents syphilitiques du malade, engager vivement l'entourage à instituer sans perdre un instant le traitement spécifique, le médecin s'obstina bien que l'examen bactériologique eût donné des résultats négatifs, que le sujet fût âgé de 60 ans, qu'il n'avait jamais présenté le moindre accident pulmonaire et que la caverne se fût établie en quelques semaines.

Le malade mourut et la répercussion inscrivit une victime de plus à son martyrologe.

Je me propose de publier au premier jour un certain nombre de ces pseudo-métastases sur lesquelles il est bon d'appeler l'attention des médecins trop facilement enclins à mettre sur le compte de la répercussion des accidents de la nature de celui que je viens de signaler.

# Diagnostic des paralysies syphilitiques des nerfs moteurs de l'œil à l'aide du diplométre. Leur traitement.

Par le Dr GALEZOWSKI.

Il serait superflu aujourd'hui de démontrer les rapports étiologiques qui existent entre les paralysies des nerfs moteurs des yeux et la syphilis. Elles ont été décrites en détail et avec très grande précision, par nos maîtres et plus particulièrement par M. le professeur Fournier dans un de ses derniers travaux.

Mais à mon point de vue, comme ophtalmologiste, il m'importe beaucoup de savoir quelle est la fréquence de ces paralysies dans les maladies oculaires et quel rôle elles peuvent jouer dans l'évolution ultérieure des différents troubles visuels.

Plus j'étudie cette question et me reporte en arrière dans mon expérience ophtalmologique, et plus je me convaincs qu'en général parmi les ophthalmolplégies celles qui résultent de la syphilis sont les plus fréquentes et les plus graves dans leur évolution, comme j'espère bien pouvoir le démontrer ultérieurement.

Que voyons-nous, en effet, dans nos recherches statistiques de tous les ans? C'est que les paralysies de la 3° paire de préférence, et ensuite celles de la 6° ou la 4° paire, constituent une des affections très fréquentes dans la pathologie oculaire.

Pendant l'année 1878, dans le tableau statistique établi par le Dr Mengin (de Caen), ancien chef de clinique, je trouve sur 8,595 malades inscrits, 115 paralysies oculaires syphilitiques. Et dans un relevé statistique de l'année dernière que je viens de préparer, il y a eu 121 paralysies des nerfs moteurs des yeux, sur 9,827 malades des yeux inscrits chez moi.

Cette fréquence des paralysies syphilitiques des organes qui sont en rapport direct avec le cerveau, et surtout avec une de ses parties qui se lie très intimement avec la moelle épinière, doit éveiller notre attention.

Au point de vue des conséquences que peuvent entraîner les inflammations de ces nerfs rien n'a encore été fait, que je sache. Nous ne savons pas, en effet, comment on doit envisager la lésion de ces nerfs relativement à leur siège primitif. Le nerf de la 3° paire, lorsqu'il est paralysé, est-il atteint à son origine cérébrale, ou bien son affection s'est-elle produite dans son trajet cérébral ou orbitaire. D'autre part, s'il s'agit d'une affection périphérique du nerf, cette altération restera-t-elle stationnaire et circonscrite au point primitivement atteint, ou va-t-elle se transmettre progressivement et de proche en proche jusqu'au centre d'innervation et au delà?

p

P

0

e

C

j€

al

C

vi

di

fo

co

ta

le

tra

éle

lo

di

br

ter

no

me

ne

POI

roï

des

che

cho

me

ce i

tive

Ces questions sont incontestablement tout à fait inconnues, et pourtant elles nous sont nécessaires à connaître, car elles pourront peut-être nous éclairer un jour sur le rôle si important que jouent ces paralysies dans l'évolution de l'ataxie locomotrice.

Je ne crois pas être trop éloigné de la vérité en disant que les ophtalmoplégies jusqu'à présent ont été très mal étudiées, on ne les envisageait que comme un des symptômes de telle ou telle affection constitutionnelle, cérébrale ou spinale et rien de plus. Pour ma part, je considère toute paralysie des nerfs moteurs des yeux comme une affection idiopathique, sui generis, dont l'évolution peut prendre des caractères tout spéciaux, et selon le degré d'altération primitive, elle peut se répandre avec une extrême rapidité d'avant en arrière ou vice-verså.

L'envahissement des fibres motrices par le virus syphilitique s'étendra de proche en proche jusqu'au noyau originaire et constituera là un foyer morbide, qui s'irradiant dans tous les sens, donnera lieu à des atrophies progressives des filets et des cellules nerveuses dont les conséquences seront des plus graves, dans leur évolution, en amenant tantôt des scléroses en plaques, tantôt des ataxies locomotrices avec leurs conséquences.

Une gomme syphilitique développée dans un point quelconque du trajet de la 3° ou 6° paire amènera des altérations similaires dans les éléments nerveux voisins, qui serviront de point de départ à l'ataxie locomotrice.

Arrivée à cette période, la maladie des nerfs moteurs oculaires est difficilement guérissable, car elle est déjà fixée dans les centres cérébraux, tandis que si nous eussions dévoilé l'affection de ces nerfs moteurs de l'œil à leur début, si nous avions pu reconnaître d'après le degré de déviation, la période du mal et la cause qui l'a provoqué, nous serions maître de la situation, et aurions arrêté incontestablement le mal.

Chez un certain nombre de malades atteints des paralysies des nerfs moteurs, j'avais observé des altérations choroïdiennes, des choroïdites avec tous les caractères de l'affection syphilitique.

Frappé de la fréquence relativement grande des phénomènes choroidiens, de choroidite de l'ora serrata, accompagnant les paralysies des nerss moteurs des yeux, je me suis demandé si on ne devait pas chercher à combattre ces paralysies par le même traitement que les choroïdites syphilitiques elles-mêmes, c'est-à-dire par les frictions mercurielles, méthode qui m'a donné des résultats merveilleux, car depuis plus de dix ans que je l'applique dans cette maladie je n'ai pas vu d'insuccès, à une seule condition, que les malades suivent ce traitement sans interruption pendant deux années consécuSi, d'un côté, nous pouvons espérer d'obtenir la guérison des paralysies des ners moteurs des yeux par les frictions mercurielles; d'autre part, il sera de notre devoir de reconnaître les paralysies dès le début de leur évolution, et c'est dans ce but que j'ait fait construire à M. Peuchot, opticien, un appareil que j'appelle Diplomètre, et à l'aide duquel on peut définir les plus saibles degrés des paralysies à leur début, et surveiller avec la plus grande précision leur évolution.

# Sur l'écorce de Murure ou le Mercure végétal.

Par H. CATHELINEAU et C. REBOURGE"N. Travail du laboratoire de M. le professeur FOURNIEB.

Il existe dans le nord du Brésil, sous les régions équatoriales, un arbre appelé par les indigènes *Mururè*, arbre qui n'a pas encore reçu de nom scientifique. Son origine botanique n'est pas connue.

On retire de cet arbre par incision de l'écorce un suc auquel on a donné le nom de Mercure végétal.

D'après Chernovitz (1) on emploie le suc de murure, à la dose de 4 grammes dans 15 grammes d'eau, en prenant cette dose en une seule fois et en la continuant de deux en deux jours, suivant les effets obtenus. C'est, en effet, un drastique énergique. Les indigènes en font particulièrement usage dans le traitement des rhumatismes et surtout dans les accidents syphilitiques, d'où son nom.

Nous avons procédé à l'analyse clinique de l'écorce et du suc, rapportés par M. Rebourgeon. L'écorce présente un aspect rouge brique. Sur sa face externe se détachent des plaques de couleur rouge beaucoup plus foncée, se desquamant assez facilement. Sa face interne est fibreuse, grisâtre, sa consistance est assez dure.

Le suc est un liquide rougeâtre à odeur un peu vineuse, à saveur douceâtre. Son aspect est louche, sa consistance sirupeuse, sa réaction acide, sa densité de 1100.

Action physiologique: Le suc injecté, après neutralisation, dans la veine marginale de l'oreille d'un lapin à la dose de 4 c. c. par kilo, a produit la mort en 30 minutes.

ph

pa

å f

qu l'a

plu

l'in

1

da

l'ac

tex

ma

cou

poi

les

et l

Ma

J

1

1

<sup>(1)</sup> CHERNOVITZ. Formulario e guio medico, Paris, 1884.

A l'autopsie, l'estomac et l'intestin présentent une couleur rouge vineux. Le cœur, dans le ventricule gauche, montre par places des taches rougeâtres. Les reins sont également touchés.

Chez un chien, à la dose de 4 c. c. par kilo, on observe les mêmes phénomènes après injection intra-veineuse. Mort en 45 minutes.

Par voie stomacale, à la dose de 8 c. c. par kilo, la mort arrive au hout de vingt-quatre heures. Les lésions sont les mêmes que précédemment.

Le suc de Mururè traité par l'eau distillée ne se dissout qu'en partie. Il reste un résidu soluble seulement dans l'eau alcalinisée

à 1 p. 0/00.

Nous avons injecté séparément la partie soluble dans l'eau et celle qui ne se dissout que dans l'eau alcalinisée. Dans le premier cas, à l'autopsie, le cœur, les reins des animaux injectés sont particulièrement touchés, l'estomac et l'intestin présentent simplement une légère coloration. Dans le deuxième cas, la mort arrive beaucoup plus lentement, en revanche, les animaux ont une diarrhée intense qu'on ne constate pas dans le premier cas. A l'autopsie, l'estomac et l'intestin tout particulièrement présentent une coloration rouge intense, alors que le cœur et les reins n'offrent objectivement aucune lésion.

# Anatomie pathologique de la gale.

Par M. W. DUBREUILH.

Les auteurs sont peu explicites sur le siège exact du sillon acarien dans l'épiderme. La plupart le placent dans le corps muqueux de Malpighi, et M. Kaposi donne un dessin schématique où l'on voit l'acare plonger obliquement dans l'épiderme, de façon à se trouver constamment, malgré la kératinisation continue, dans la couche malpighienne. Ziegler décrit le sillon de la même façon, mais le texte est contredit par la figure.

M. L. Török a montré en 1889 (Monatshefte für praktische Dermatologie), que le sillon et l'acare lui-même sont contenus dans la

couche cornée.

Les préparations que je mets sous vos yeux confirment, de tout

point, l'opinion de Török.

J'ai excisé trois sillons de gale avec la partie superficielle du derme, les pièces fixées par l'alcool et colorées en masse par le carmin, ont été montées dans la paraffine et coupées en série. On y voit le sillon et la logette occupée par le sarcopte qui sont entièrement situés dans la couche cornée. Le sarcopte est lui-même séparé de la couche de Malpighi par plusieurs couches de cellules cornées.

### Actinomycose de la face.

Par MM, les De D'AUDIBERT CAILLE DU BOURGUET et E. LEGRAIN.

Le cas d'actinomycose de la face dont nous présentons à la Société l'observation et la photographie, est, à notre connaissance, le premier signalé en Algérie. Il a trait à un jeune Kabyle de 12 ans, habitant les environs de Bougie qui s'est présenté à nous en octobre 1892, porteur de deux ulcérations siégeant à la face.

L'affection aurait débuté quatre mois auparavant par l'apparition de deux nodosités qui se sont développées insidieusement, et au niveau desquelles la peau s'est ulcérée.

La première ulcération située un peu au-dessous de la branche horizontale gauche du maxillaire inférieur a, au moment où nous voyons le malade, la grandeur d'une pièce d'un franc; elle est assez profonde pour permettre l'introduction de la moitié de la dernière phalange du petit doigt; ses parois sont formées de tissus mous, et le fond contient un pus jaunâtre, crémeux dont l'examen bactériologique nous a permis de faire le diagnostic d'actinomycose. Les tissus voisins sont indurés; cette induration est surtout appréciable du côté de la muqueuse buccale, au niveau des grosses molaires inférieures.

A quatre centimètres au-dessus de cette première ulcération, et à trois centimètres environ en dehors de la commissure gauche, existe une deuxième ulcération moins grande que la première et superficielle.

La palpation à ce niveau encore, dénote une induration surtout appréciable à la face interne de la joue.

La canine inférieure gauche et la molaire adjacente sont cariées, ainsi d'ailleurs que les deux petites molaires inférieures droites.

En enfonçant un stylet dans les trajets ulcéreux, on n'arrive pas sur le maxillaire dénudé, mais on perçoit au contraire une hypertrophie locale du maxillaire, surtout appréciable au niveau de la première ulcération.

Le pus crémeux retiré avec une curette du fond de cette ulcération contient les amas rayonnés caractéristiques de l'actinomyces, malheureusement nous n'avons pu le cultiver et nous assurer si dans ce cas le champignon était le même que celui qu'on observe en Europe.

Le genre de vie du malade n'a pu rien nous apprendre sur l'étiologie de l'affection; les dents cariées dont il est porteur, chose assez peu fréquente chez les indigènes, ont bien pu toutefois être la porte d'entrée du microbe pathogène.

MUX

ton

d'e

pai

sœ

vig

me

sul

per

dro

vol

var

me

mir

rar

de

son

sée:

con

auc

mai

tum

hon

faite

des

règi

volu

firm

sièg che

N

L

(

I

(

1

# Observation de Fibroma molluscum généralisé.

Par MM. les D's D'AUDIBERT CAILLE DU BOURGUET et E. LEGRAIN.

Le sujet porteur de fibromes cutanés généralisés dont nous présentons à la Société la photographie et l'observation, est un Kabyle âgé d'environ 75 ans.

Interrogé sur ses antécédents, le malade est très affirmatif : ses parents n'ont jamais rien présenté de semblable. Il n'a eu ni frère ni sœur ; marié, il a eu un fils actuellement âgé de 20 ans, sain et très vigoureux.

Les tumeurs dont il est porteur sont congénitales; après avoir augmenté régulièrement de volume jusque vers l'âge de 50 ans, elles ont subi une phase régressive, sans toutefois diminuer considérablement; pendant ce temps, l'une d'elles qui siège au niveau des fausses côtes droites s'est développée d'une façon exagérée au point d'atteindre le volume d'une tête de fœtus à terme (tumeur royale de Boudet).

Nous avons pu compter sur toute la surface du corps 3,000 tumeurs variant du volume d'un œuf de pigeon à celui d'une lentille.

Ces tumeurs sont plus nombreuses au thorax et aux bras qu'aux membres inférieurs où on n'en voit qu'une proportion relativement minime. En outre, sur chaque membre, elles deviennent d'autant plus rares qu'on s'éloigne davantage de la racine du membre. La paume de la main, la plante des pieds, la peau de la verge et du scrotum en sont absolument indemnes.

Ces tumeurs font corps avec la peau. Actuellement elles sont affaissées, ridées, flasques. Il y a une trentaine d'années, elles étaient plus consistantes, au dire du malade.

La palpation profonde des tissus ne nous a permis de percevoir aucune nodosité sur le trajet des principaux nerfs; étant donnée la maigreur excessive du sujet, il est probable que si de semblables tumeurs avaient existé, elles auraient été facilement perçues. Cet homme est mort au mois d'octobre 1892, et l'autopsie n'a pu en être faite, de sorte que nous ne pouvons être affirmatifs de la non existence des neuro-fibromes, tumeurs dont Recklinghausen semble faire une règle chez les malades porteurs de fibroma molluscum généralisé.

Nous avons pu exciser sous cocaïne une des tumeurs du poignet du volume d'une noisette; l'examen histologique nous a permis de confirmer le diagnostic de fibroma molluscum et en outre de préciser le siège des tumeurs qui sont des fibromes de l'étage superficiel ou couche papillaire.

# De la valeur du traitement abortif des bubons par la méthode de Welander.

Par MM. A. Brousse, agrégé, chargé du cours de clinique dermatologique à la Faculté de Montpellier, et P. Bothezat, interne des hôpitaux.

(Voir page 347.)

# Présentation de photographies.

M. Dubois-Havenith présente les photographies de quelques cas de dermatoses, entre autres :

1º Érythème exsudatif multiforme développé chez un syphilitique et trois fois récidivant en l'espace de dix-huit mois. L'éruption localisée particulièrement à la paume des mains, avait été considérée par erreur comme une syphilide.

2º Lichen plan aigu de Wilson, avec production d'une éruption pemphigoïde, au cours duquel le malade pris subitement d'accidents aigus du côté de la gorge, évacua en une fois un long tube constitué par tout l'épithélium de l'œsophage.

3º Un cas d'éruption bromique à vastes placards ulcérés et papillomateux.

4º Un cas de folliculites disséminées (Brocq) ou d'hydrosadénite suppurative (Dubreuilh).

L'observation de ce cas sera publiée incessamment.

5° Enlin un cas de maladie de Paget du mamelon avec microphotographies des psorospermies décrites par Wickham et Darier.

Avant de se séparer, la Société décide que la prochaine séance sera, en raison de la fête de l'Ascension, ajournée au jeudi 18 mai.

Le secrétaire,

L. JACQUET.

# REVUE DES SOCIÉTÉS SAVANTES

### SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE

SÉANCE DU 16 JANVIER 1892.

### Épilepsie et pelade.

M. Féné a observé plusieurs fois chez des épileptiques des plaques de pelade guérissant sans traitement et généralement assez vite. Il rapporte l'observation d'un épileptique soumis au traitement bromuré qui, trois jours après deux accès convulsifs survenus dans une même journée après quatre mois d'accalmie, trouva son oreiller jonché de poils en même temps que l'on constatait quatre plaques (trois à gauche, une à droite) de pelade sur le cuir chevelu; à la limite des plaques, les cheveux étaient absolument sains; les plaques ne s'étendirent pas et au bout de 16 jours on vit se développer de petits poils sur toute leur étendue; en quelques mois, toute la surface des plaques était recouverte de poils de couleur normale; le malade a eu depuis deux séries de trois accès, la chute des cheveux ne s'est pas reproduite.

### SÉANCE DU 19 MARS 1892.

### Rôle des pédiculi dans la propagation de l'impétigo.

M. Dewèvre, sur 35 enfants atteints d'impétigo, n'en a vu que cinq ou six ne présentant pas de poux et encore les parents en avaient-ils constaté quelques semaines auparavant.

Il a transporté des poux provenant d'enfants atteints d'impétigo sur des enfants sains et a déterminé ainsi le développement d'impétigo chez ceux-ci; l'impétigo occupait le plus souvent la face sans que le cuir chevelu parût intéressé. M. Dewèvre attribue dans ces cas le développement de l'impétigo sur la face au transport par les ongles des poussières renfermant les spores du champignon (parasite de l'impétigo, d'après lui) provenant de papules du cuir chevelu remplies de spores; les poux ne renferment pas de parasites, mais ceux-ci s'attachent à ses poils, principalement à ceux des pattes antérieures et s'ensemencent tout naturellement dans les piqûres que fait le parasite.

# SÉANCE DU 21 JANVIER 1893.

# Fréquence et distribution de quelques difformités de la peau chez les épileptiques.

M. Féré a trouvé des lésions congénitales de la peau chez 142 épileptiques sur 167 qu'il a examinés à ce point de vue : sur 50 sujets il a trouvé

134 nævi, sur ?6 sujets 2?6 taches érectiles, sur 105 malades, 631 taches pigmentaires, sur 58 malades 110 tumeurs de molluscum, et sur 33 malades des taches de lentigo. La proportion de 82,64 0/0 de sujets atteints de difformités de la peau chez les épileptiques semble supérieure à celles trouvées dans les services de médecine : M. Hallopeau a trouvé à Saint-Louis la proportion de 42,36 0/0; cependant il y a lieu de faire quelques réserves à ce sujet, car pour les femmes M. Hallopeau a trouvé la proportion de 88,88 0/0.

Georges Thiblerge.

# SOCIÉTÉ DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE PRATIQUES DE MONTPELLIER (1)

Tumevrs fibreuses volumineuses du lobule de l'oreille consécutives à la perforation du lobule; ablation; légère saillie chéloïdique de la cicatrice.

M Lassalle rapporte l'observation d'une fillette de 12 ans, ayant eu des accidents strumeux dans son jeune âge (adénoj athies, impétigo, blépharites) chez laquelle la perforation du lobule a été pratiquée il y a 2 ans; au bout de 3 mois, sont apparues au niveau des orifices de la perforation de petites nodosités dures, indolores, qui ont grossi peu à peu et ont atteint le volume d'une noix, avec lobulation de leur surface; à gauche, il y a en outre une nodosité du volume d'un gros pois, reliée à la plus volumineuse par un trajet dur, intralobulaire; à droite, la tumeur est rattachée au lobule par un pédicule arrondi. Les tumeurs sont enlevées au bistouri, celle de droite pèse 6 grammes, celle de gauche 8 grammes; elles présentent les caractères des fibromes et offrent une grande analogie avec les chéloïdes cicatricielles. Réunion immédiate, mais les 2 cicatrices présentent au bout de 15 jours une légère hypertrophie chéloïdienne. Ce cas montre, d'après l'auteur, qu'on doit condamner la perforation du lobule de l'oreille chez les enfants très lymphatiques.

M. Tédenat insiste sur la tendance — trop peu signalée dans les livres des scrofuleux à faire des chéloïdes; il a vu 5 à 6 fois des chéloïdes au voisinage de la perforation du lobule.

Georges Thibierge.

### NEW-YORK DERMATOLOGICAL SOCIETY

218° SÉANCE, PRÉSIDENCE DU Dr C. W. ALLEN.

### Chancre du cuir chevelu.

Le Dr Vauguan présente un malade de 35 ans qui, dans une rixe au milieu de juillet, eut la partie antérieure du cuir chevelu excoriée par les ongles d'un homme fort suspect de syphilis, mais que l'on ne put examiner: l'écorchure ne guérit jamais entièrement: le 1er septembre elle était transformée en un chaucre induré typique avec épaississement cutané périphérique considérable; puis survinrent les accidents secondaires.

(1) D'après le Nouveau Montpellier médical, 25 février 1893, p. 558.

St

c€

C

pe

ri

ch

bi

ur

Sa

m

be ni

ra

d'

pa

ré

cu ni

Il

co

be

et

ta

# Lèpre ou sarcome.

Le Dr Robinson présente une femme de 31 ans, qui vit se développer il y a six ans une petite tumeur sur le bras gauche; il y a quatre mois il en survint une autre analogue au visage, et pendant les deux derniers mois il s'en est produit de nombreuses au visage, aux bras, etc... Il demande sur ce cas l'opinion de ses collègues.

Le D' Sherwell pose le diagnostic de *lèpre tubéreuse*, mais avec beaucoup d'analogies avec le sarcome : cette opinion est partagée par le D' Lutsgarten, par le D' Fox qui fait remarquer l'épaississement du nerf cubital, par le D' Morow; l'exemen ultérieur des tumeurs pratiqué par

le Dr Robinson y a dénoté la présence du bacille de Hansen.

### Prurigo.

On sait que les dermatologistes américains ont insisté sur la rareté du prurigo dans la race yankee. A cette séance le Dr Cutler a présenté une petite fille de 10 ans, autrichienne, atteinte de ce qu'il appelle prurigomitis depuis six ans, et un homme de 29 ans, autrichien, atteint de prurigo typique; le Dr Bronson a présenté un jeune homme de 18 ans, autrichien, atteint de prurigo typique; ces trois communications ont donné lieu à une discussion portant sur les formes légères du prurigo et sur la curabilité de cette affection.

# Érythème palmaire et plantaire.

Le Dr Klotz présente un cas d'érythème périodique des paumes des mains et des plantes des pieds suivi d'une desquamation. Le malade est un tailleur de pierre de 41 ans, allemand, ayant toujours joui d'une bonne santé qui, il y a cinq ans, au printemps, a eu une éruption aux paumes des mains et aux plantes des pieds, suivie d'une desquamation en larges lambeaux de l'épiderme. Il a été repris de la même éruption la semaine dernière; en ce moment il est en pleine desquamation. L'auteur croit pouvoir rapprocher ce cas des faits qui ont été décrits en France sous le nom d'acrodynie.

### Lupus de la face.

Le Dr Robinson présente un malade atteint d'un lupus énorme de la face chez lequel il a obtenu une amélioration vraiment surprenante par un régime alimentaire spécial. Il croît que le traitement de la tuberculose par l'action directe de ce que l'on appelle les parasiticides ne donne que des résultats peu satisfaisants, et qu'en particulier quand il s'agit de tuberculose chronique il vaut mieux s'efforcer de modifier la constitution de manière à la stériliser pour que les micro-organismes ne puissent plus y vivre. Il a été conduit par ces considérations à supprimer de l'alimentation des tuberculeux toutes les substances provenant d'animaux susceptibles de contracter la tuberculose, en particulier le lait de vache et la viande de boucherie. Il les nourrit avec du lait de chèvre, du poisson, des huîtres, et de l'huile de foie de morue. Il a obtenu avec cette méthode des résultats surprenants dans les tuberculoses chroniques, cutanées, pulmonaires et linguales.

L. B.

# SOCIÉTÉ BERLINOISE DE DERMATOLOGIE

SÉANCE DU 7 FÉVRIER 1893.

Président : M. LASSAR. - Secrétaire : M. O. ROSENTHAL.

Avant d'aborder l'ordre du jour, il est donné lecture d'une lettre de M. Köbner, dans laquelle il revient sur la question entamée dans la dernière séance à l'occasion de la discussion sur la thèse de M. Blaschko : « l'hygiène des offices de barbiers », à savoir si une augmentation des dermato mycoses justifiait la reprise des propositions faites par lui-même, il y a plusieurs années. D'après ses expériences il n'en est pas ainsi, puisque dans la publication faite en 1887 par M. Block, interne de la policlinique que M. Köbner avait à ce moment, la teigne tondante dans toutes ses formes occupait avec 10 0/0 la seconde place dans l'échelle de toutes les dermatoses, de sorte que sur 306 cas, 236 concernaient la mycosis tonsurans barbæ et 55 d'autres localisations. Dans les trois dernières années ce nombre s'est abaissé à 4 0/0 dans sa clientèle des pauvres, dont à peu près la moitié concerne les villageois d'alentour. De plus, un membre de la présidence du corps berlinois des barbiers et des coiffeurs a rapporté à M. Köbner, que dans une assemblée de décembre dernier fréquentée par 200 membres, il a été constaté que depuis longtemps dans aucun office aucun malade souffrant d'un sycosis ne s'est montré. Finalement M. Köbner fait part des nombres suivants, extraits sur sa demande de la policlinique de M. O. Rosenthal; d'où il résulte que le pourcentage de la mycosis tonsurans par rapport avec les autres dermatoses a été, en 1885, 12 0/0; 1886, 17 0/0; 1891, 6 1/2 0/0; 1892 seulement 4 0/0.

### Pemphigus.

M. Lassar présente un garçon, qui souffre depuis longtemps tous les quinze jours d'accès de démangeaisons et d'éruptions cutanées. Les bras et le front montrent des efflorescences et des égratignures d'une certaine régularité et correspondantes aux voies lymphatiques. L'observation exacte de l'exanthème croûteux fait voir qu'il s'agit d'un érythème exsudatif, d'une sorte de pemphigus, rare dans cette configuration. Peu auparavant M. L. a observé la même affection chez une petite fille, rétablie maintenant. Aussi a-t-il encore dans sa clinique un malade, qui montrait un tel pemphigus dans une propagation extraordinaire et qui maintenant, après un long traitement, est également entièrement guéri.

### Lupus érythémateux généralisé.

M. Lassar présente une malade atteinte d'un lupus érythémateux, chez laquelle l'affection apparut en premier lieu aux paumes des mains et s'étendit plus tard sur tout le cuir chevelu et sur le voile du palais. M. L. a traité un cas semblable où l'affection de la gorge faisait naître le soupçon de syphilis. Ce ne furent que les éruptions ultérieures sur d'autres parties du corps qui assurèrent la diagnose. L'affection fut provoquée dans ce cas par une fausse pièce dentaire. La malade présentée est affectée en outre de troubles généraux graves et d'accès réguliers de fièvre.

#### Double orifice de l'urèthre. Para-uréthrite.

M. O. Rosenthal présente un étudiant, surtout à propos du sujet traité dans la dernière séance, les fistules congéniales du pénis, par M. Posner et de la remarque faite par lui-même à cette occasion. Le malade qui venait se faire traiter pour une gonorrhée, montre une configuration singulière de l'orifice uréthral. On voit deux ouvertures tout à fait de même grandeur l'une au-dessous de l'autre, dont l'inférieure doit être prise pour l'orifice uréthral. Mais on reçoit l'impression que l'urèthre a deux ouvertures ou que plutôt deux urèthres s'y trouvent l'un au-dessous de l'autre. L'orifice supérieur conduit dans un cul-de-sac long de 2 centimètres. Dans la plupart des hypospadias un semi-canal conduit du cul-de-sac supérieur à l'orifice uréthral proprement dit, mais chez ce malade il y a un septum solide au niveau du gland, qui sépare complètement les deux ouvertures. Ce qui est bien curieux, il existe encore dans le septum un troisième orifice à peine trouvable à l'œil nu et qui se voit le plus facilement, quand on réussit à en faire sortir une petite gouttelette de pus. Il s'agit donc d'une uréthrite externe ou para-uréthrite, une affection sur laquelle M. R. a l'intention de revenir quand l'occasion s'en présentera.

# Syphilis de la moelle épinière. (Tabes et paralysie spinale spastique.)

M. O. Rosenthal présente une malade de 29 ans mariée dep uis 10 ans. Elle a accouché trois fois, les deux dernières étaient des avortements de 8 et de 3 mois. Elle se présentait la première fois en 1889, où elle montrait un chancre primaire sur le côté droit de la muqueuse de la lèvre supérieure. Une roséole et des maux de tête qui suivirent, entraînèrent une cure d'injections à l'oxyde jaune, qui cependant fut interrompue après 4 injections, parce que la malade venait trop irrégulièrement à la consultation. Bientôt après se montrait une récidive en forme de plaques sur les deux amygdales, des papules squameuses autour de la bouche et des deux plis nasolabiaux, des plaques muqueuses à l'entrée des orifices vaginal et anal. Des pilules de protoiodure de mercure n'amenèrent pas d'améliorations, pour cette raison on recourut de nouveau aux injections à l'oxyde jaune. Après cinq injections, tous les symptômes avaient disparu, et la malade fut perdue de vue. D'après son récit elle a passé trois ans à l'étranger sans inconvénients et sans traitement.

Au mois de juin de l'année passée elle se présenta de nouveau. Elle avait remarqué depuis six mois, en marchant, un manque de sûreté et des douleurs tiraillantes dans le corps, surtout dans le côté gauche. Elle avait en outre le sentiment comme si elle marchait sur des objets mous. L'examen exact montrait un psoriasis palmaire de la main droite, de petits nodules (un lichen spécifique) dans les deux plis poplités, et quelques papules sur les grandes lèvres. Les réflexes patellaires parurent un peu augmentés, M. Rosenthal pensait à une myélite spécifique, à un début de tabes. Après 8 injections à l'oxyde jaune tous les symptômes avaient disparu. Quelques semaines après la maladie s'aggrava de nouveau. En octobre et novembre la démarche avait un caractère absolument ataxique, mais cela ne dura

que très peu de temps, elle changea bientôt et prit tous les caractères spastiques. C'était surtout la jambe droite qui pouvait à peine être éloignée du sol et qui glissait sur la pointe du pied. Le réflexe rotulien avait aussi augmenté énormément, surtout du côté droit ; en outre, on remarquait un clonus très prononcé du pied, qui éclatait par suite de chaque flexion dorsale, surtout quand la malade tentait à mettre le pied sur une chaise, ce qui n'était guère possible qu'à l'aide de la main. La sensibilité et les douleurs dans les extrémités avaient empiré également, les yeux fermés il y avait imminence de chute; il y avait aussi une parésie des sphincters de la vessie et de l'anus. M. R. prescrivit alors des frictions mercurielles, de l'iodure de potassium et des transpirations artificielles réitérées. Du côté de la moelle il y avait donc deux types de symptômes bien différents : 1º des troubles de la sphère sensitive (manque de sûreté, vertige, démarche chancelante, parésie des sphincters), et 2º des symptômes spastiques (démarche glissante bien caractérisée, augmentation des réflexes). Il s'agit donc d'une myélite chronique, qui a pris les cordons postérieurs et latéraux, une affection qui dans cet ensemble de symptômes a été décrite en premier lieu par Westphal et Berger. La localisation se fixe à la moelle thoracique inférieure et à la moelle lombaire supérieure.

M. Isaac demande si les expériences de ses collègues coıncident avec la sienne, que dans le tabes syphilitique le mercure aggravé l'état de la maladie dans la majorité des cas.

Il voudrait savoir, s'il y a des cas bien constatés de guérison, à supposer que le traitement ait été commencé à temps. M. Oppenheim, le neurologue, avec lequel il a causé sur ce sujet, conseille de ne pas traiter ces cas par le mercure, de peur de nuire aux malades.

La discussion sur cette question est renvoyée à une séance ultérieure. M. Heller a observé un cas pareil dans la clientèle de M. Lewin. La diagnose « paralysie spinale spastique » fut confirmée par M. le professeur Jolly. Le traitement mercuriel semblait exercer une influence favorable, mais une amélioration réelle ne fut pas observée.

M. SAALFELD voudrait savoir si, dans le cas de M. Rosenthal, on pouvait constater un trouble de l'appareil musculaire des yeux ou de la pupille.

M. ROSENTHAL répond que les muscles fonctionnaient bien et que les pupilles se rétrécissaient sous l'influence de la lumière d'une manière normale.

#### Ichtyose vulgaire.

M. RICHTER présente un garçon de 4 ans avec une ichtyose bien prononcée qui n'avait pas encore été traitée.

### Papillomes spécifiques.

- M. Bruck présente une malade, qui montre des verrucosités papillomateuses sur la tête, qu'il regarde comme étant syphilitiques.
  - M. Lassar demande s'il y a aussi d'autres symptômes spécifiques.
- M. Bauck a vu récemment plusieurs cas pareils et conçut pour cette raison tout de suite l'idée qu'il s'agissait de syphilis. En interrogeant

ro

de

CO

de

M

VC

m

de

u

te

de

de

eı

pi

m n

q

r

a

énergiquement, la malade a aussi avoué une infection antérieure. Une thérapie mercurielle conduisit du reste bien vite à une amélioration.

M. Lassar observe que la configuration circulaire des papillomes fortifie la diagnose.

#### Pityriasis rubra.

M. Bruck présente un malade qu'il traite depuis trois semaines. Celuici montrait surtout aux plis des articulations, mais aussi ailleurs, de la rougeur, des œdèmes, une desquamation lamelleuse et parfois des rhagades. La maladie a commencé 6-7 mois auparavant au cou et s'est propagée de ce point de départ sur le côté fléchisseur des bras et des jambes.

A l'exception des paumes des mains et des plantes des pieds, tout le corps est maintenant pris. En outre, les glandes lymphatiques du thorax, des aisselles et du cou sont enflées. Les poils du pubis sont tombés entièrement, ceux du cuir chevelu en grand nombre. Quant à la diagnose, M. B. voudrait regarder le cas comme un pityriasis rubra puisqu'il fait voir tous les symptômes indiqués par Hebra, Kaposi, etc. L'eczéma chronique et le psoriasis doivent être exclus. Il y ajoute que l'affection ne montre pas la tendance à la guérison.

M. Lassar remarque que M. Peter étudie un cas observé dans la clinique de M. L., qui a offert sous tous les rapports les mêmes caractères, mais qui a déjà succombé. Ce qui était surtout remarquable chez son malade, était l'enflure énorme des glandes. Il regarde aussi le cas présenté par

M. Bruck comme appartenant au pityriasis rubra.

#### Cas douteux.

M. Bruck présente une demoiselle déjà avancée en âge, qui montre une maladie des mains, laquelle a commencé par la chute d'un ongle suivie de la chute de tous les autres en 8-10 mois.

A cela se joignit une dermatose dont les caractères principaux consistent en un érythème et une desquamation, jamais il n'y avait une formation de vésicules. L'affection s'étend maintenant sur les doigts et les dos des deux mains, M. B. n'est pas en état de faire une diagnose : l'extérieur a

encore le plus de ressemblance au psoriasis.

M. O. Rosenthal observe, qu'il est bien difficile de faire le diagnostic à première vue, mais d'après son opinion il s'agit d'un cas de lupus érythémateux. Ce qui l'affermit surtout dans son opinion, c'est le très grand nombre de petites dépressions couvertes en partie de petites squames et qui ont l'air d'avoir été faites par la pointe d'une épingle. La malade lui rappelle le cas de lupus érythémateux de la main gauche décrit par luimême au congrès international de dermatologie à Vienne et ressemble aux cas nombreux collectionnés par Nevins Hyde et Ohmann-Dumesnil. Il se souvient aussi d'avoir vu un cas semblable, il y a bien des années, à Vienne, dans la policlinique de l'hôpital général. Dans le cas présenté par M. Bruck, la maladie a probablement commencé à la matrice de l'ongle et s'est étendue d'un côté sur les lits des ongles et de l'autre côté sur le derme le long des doigts.

## Remarques sur le traitement de l'eczéma.

M. SAALFELD voudrait donner au traitement humide de l'eczéma une place plus large qu'il n'a occupée jusqu alors. M. S. a eu dans plusieurs cas aigus de très bons résultats avec une solution d'acide borique de 3 0/0 qu'il fait mêler en parties égales à une lotion d'acétate de plomb. Les compresses doivent être changées toutes les 15 minutes. Comme ce n'est guère possible de les faire pendant toute la journée, M. S. fait appliquer dans les intervalles de la vaseline ou du saindoux ou quelque onguent indifférent. Au lieu de l'acétate de plomb, M. S. a employé quelquefois avec succès une solution de thymol (1/1000) ou du liq. alumin, acetic.

## Un cas de purpura hémorrhagique avec chorée et néphrite.

M. Heller commencait à traiter en avril 1892, une jeune fille de 14 ans. qui avait eu à l'âge de 3 ans la diphtérie et à l'âge de 8 ans la scarlatine. Elle montrait de nombreuses hémorrhagies de la peau et avait de très vives douleurs arthralgiques, de sorte que le diagnostic de Purpura rhumatoïde fut fait. La présence d'albumine dans l'urine montrait qu'il y avait en même temps une néphrite. Les hémorrhagies apparurent à différentes reprises, trois fois au moment où devaient paraître les règles et comme les remplaçant plus tard à des époques tout à fait indépendantes. En général les extravasations étaient petites. En dehors des attaques d'épistaxis on n'eut pas à constater d'hémorrhagies par les muqueuses; aussi n'a-t-on jamais vu de sang dans l'urine. Cependant au mois d'octobre un ophtalmologiste trouva une hémorrhagie de grandeur moyenne sur le fond de l'œil, tandis que trois mois auparavant la recherche faite par M. H. lui-même avait été vaine.

Au mois d'août, une chorée du côté droit fut constatée qui dura trois semaines et fut rapportée à une extravasation dans les centres moteurs de la substance corticale du cerveau et à une excitation produite par elle. Les caractères de la chorée se composaient de mouvements brusques et involontaires des extrémités supérieures, d'une démarche chancelante, de

grimaces et d'une dépression psychique.

Quant à l'examen du sang, on trouva que le nombre des leucocytes n'avait pas augmenté et que les globules rouges n'avaient pas diminué. Aussi la forme ne montra pas d'abnormité. Les changements du sang décrits par Spietschka dans le purpura à l'aide d'une teinture double furent également vus. A cet effet le sang avait été étendu, d'après la méthode indiquée par Spietschka, en couches très minces, séché, exposé à une chaleur de 120°, plongé pendant 24 heures dans la solution de Flemming, teint avec l'aurantia dissoute dans l'alcool, privé de sa teinture par l'alcool absolu, et teint à la fin encore une fois avec le violet de gentiane. On voit alors deux disques différemment coloriés, l'un jaune et l'autre violet. L'objection qu'il s'agit de produits artificiels, semble être proche à M. H. En outre celui-ci observait dans toutes les préparations, surtout dans les corpuscules rouges, de petits grains ressemblant en grandeur et forme aux plasmodes de la malaria et montrant une couleur brune, si l'objet est centralement fixé, et une couleur claire, si ce n'est pas 10

d

g

p

ni

V 01

n

1/

OI

li

pa

lo

VI

SC

SI

vi

St

la

cé

no

ca

fai

afl

le cas. Pour des précipités tinctoriels ils semblent être trop uniformes. M. H. voudrait attirer, l'attention à ces choses, sans y attacher trop de valeur pour le moment.

Les affections des membranes séreuses étaient très prononcées. Les douleurs dans les articulations, qui sont sans contestation la suite d'exsudations ou d'extravasations sanguines dans les capsules, étaient d'une grande intensité, mais pouvaient être apaisées dans les premiers temps par l'antipyrine. Vers la fin de la vie des douleurs très intenses dans la région cordiale, pour lesquelles on ne réussit pas à trouver une base clinique, vinrent accabler la malade. Il v avait bien une augmentation du volume du cœur surtout du côté droit, mais pas d'affection des valvules ou du péricarde. Cette augmentation pouvait être mise en rapport avec la néphrite, qui était sûrement interstitielle. Le titre de l'albumine était 1/23 0/00 Esbach; les œdèmes étaient peu prononcés. Par la centrifuge on constatait dans l'urine très peu d'éléments formés, des cylindres hyalins et épithéliaux ; le poids spécifique était 1017-1023. Une intoxication par l'antipyrine trahissait l'insuffisance augmentante des reins. Après une longue pause de plusieurs mois, on donna en septembre un gramme d'antipyrine. Le soir la malade était très inquiète, montrait une rougeur fiévreuse et la peau était couverte d'un exanthème caractéristique. La même scène se répéta, lorsqu'on fit prendre la même dose à la malade le jour suivant. Plus tard les œdèmes s'accrurent, une ascite et un hydrothorax vint s'ajouter et la malade succomba en décembre 1832, par suite de l'insuffisance grandissante des reins. M. H. ne parvint pas à trouver dans la littérature un cas de purpura, dans lequel une chorée fût observée cliniquement. C'est d'autant plus remarquable, parce que des hémorrhagies cérébrales ont été trouvées plusieurs fois. O. ROSENTHAL (Berlin).

# SOCIÉTÉ VIENNOISE DE DERMATOLOGIE (1)

SÉANCE DU 19 OCTOBRE 1892.

#### Para-uréthrite préputiale.

M. Lang présente un homme atteint de para-uréthrite préputiale avec nodosité sur le bord libre du prépuce. Dans ce cas ainsi que dans les cas analogues, il s'agit d'une infection externe, les gonocoques arrivent dans un orifice folliculaire et y provoquent une inflammation. Il compte faire l'excision du nodule et l'examiner au microscope. On a certainement affaire à une blennorrhagie para-uréthrale.

#### Métastase gonococcienne.

M. Lang présente un homme ayant une métastase gonococcienne sur le côte de l'extension de la 3º articulation métacarpo phalangienne du côté gauche, plutôt vers le métacarpe. Le malade est entré dans le service avec

(1) D'après les Archiv f. Dermatologie n. Syphilis.

une uréthrite aiguë, quelques jours plus tard il survint une rougeur le long de la surface d'extension du médius. Cette partie était sensible au toucher, moins dans les mouvements, de sorte que l'articulation était évidemment indemne. L'affection était vraisemblablement en connexion avec le tendon. Badigeonnages avec la teinture d'iode. Ces affections se modifient d'ordinaire d'une manière favorable au bout de quelque temps. Mais dans ce cas il en fut autrement. Huit jours plus tard il se produisit une lésion circonscrite semblable à un abcès; la peau était rouge avec fluctuation très évidente. Comme il était essentiel d'établir d'une manière positive si la maladie était occasionnée par des gonocoques ou d'autres micro-organismes, on fit une ponction qui laissa écouler quelques gouttes d'un liquide sanguinolent. Pas de gonocoques ni dans le liquide, ni par culture. Deux jours après, ouverture du foyer et raclage. On trouva des masses friables et du muco-pus dans une cavité entièrement close et suffisamment grande pour recevoir l'extrémité du petit doigt. Dans ces masses il y avait des gonocoques, les cultures le démontrèrent également.

A une question de Neumann demandant dans quels éléments se trouvaient les gonocoques, Lang répond qu'il y en avait dans les cellules de pus et d'autres libres (la culture a été faite par le professeur Paltauf). Il est donc incontestable qu'il s'agit ici d'un cas de métastase des gonocoques. Actuellement il ne reste plus qu'une plaie en voie de granulation. Après l'ouverture du foyer on ne trouva de communication ni avec la gaine tendineuse, ni avec l'articulation. Il y a donc vraisemblablement eu une inflammation du tissu sous-cutané, laquelle a déterminé la suppuration, dont des gonocoques ont été évidemment la cause déterminante. Lang doit toutefois dire qu'en ce point il y avait une cicatrice, mais elle se rapporterait à une plaie remontant à 10 ou 12 ans et rien n'indique qu'elle est de date plus récente. On ne constate rien extérieurement pouvant indiquer une immigration de gonocoques en ce point. L'orateur ne connaît dans la science qu'un seul cas où on aurait trouvé des gonocoques dans des abcès, qui étaient situés autour de l'articulation du genou. Ici également l'abcès était périarticulaire, mais sans rapport avec l'articulation.

# Carcinome de l'arc palatin gauche.

M. Neumann présente un homme atteint de carcinome de l'arc palatin gauche. Ce malade a été traité dans un hôpital de la ville pour de la syphilis. Sur le bord droit de la langue, vers la pointe, il existe un ulcère en forme de fente, à fond gris jaunâtre, dont les bords rouge livide sont infiltrés. L'ulcère et les parties avoisinantes sont très durs. Ulcère analogue, mais avec aspect plus cratériforme en arrière à gauche sur le bord lingual. Sur le pharynx à gauche, perte de substance ayant presque la dimension d'une pièce d'un franc, elle a détruit l'amygdale et l'arcade palatine postérieure gauche, et elle arrive près de la luette; cette perte de substance est irrégulière, ses bords infiltrés, tuméliés, le fond inégal, mamelonné, recouvert d'un enduit gris jaunâtre. Les ulcères sont survenus spontanément, ils sont assez douloureux au toucher. Ganglions sousmaxillaires du côté gauche, tuméliés, durs.

La localisation est intéressante en ce sens qu'elle pourrait facilement

a

d

d

0

d

es

di

to

ne

m

ve

de

les

dr

cô

tel

Il

ra

nie

pa

au

en

il y

top

amener une confusion avec la syphilis. Le malade a une salivation abondante.

M. Ehrmann a vu en 1888 un cas semblable qui fut opéré. Il s'agissait d'un épithéliome pur. Il serait intéressant de savoir si le cas actuel a commencé comme épithéliome ou comme carcinome ganglionnaire, qui se serait ouvert à l'extérieur.

#### Carcinomes.

En connexion avec ce malade, M. Kaposi présente un homme de 40 ans. On est surpris de voir dans ce cas, sur le palais, des cacinomes développés sans autres phénomènes. Le diagnostic est difficile, parce que l'élément de diagnostic différentiel que fournit la sensibilité tactile, même dans les parties situées en avant et spécialement sur le voile du palais, n'est pas évidente, on sait qu'elle constitue le moyen de différenciation le plus essentiel pour toutes les affections qui surviennent dans cette région, rhinosclérose, syphilis, carcinome épithélial.

Chez ce malade la syphilis existait, il y a 8 à 10 ans; il a été traité à différentes reprises. En juin de cette année il est entré dans le service.

Déjà il avait un ulcère sur le côté droit du palais.

En même temps, il appelait l'attention sur la dureté des bords. Dès ce moment on avait admis la possibilité d'un carcinome. Le malade a fait toutefois un traitement antisyphilitique, d'autant qu'un retard de 6 semaines ne pouvait pas nuire à une intervention chirurgicale ultérieure. Le malade ne resta que 10 jours à la clinique, il revint après un temps relativement court et présente les modifications suivantes : la face antérieure de la base de la luette est exulcérée avec dépressions inégales, bords très dentelés; on n'observe pas cette rougeur veloutée qui entoure d'ordinaire les ulcères gommeux. L'ulcération atteint en arrière la paroi postérieure du pharynx jusqu'à l'arcade postérieure, envahit une partie de l'amygdale droite et gagne le bord antérieur de l'arcade palatine antérieure du même côté; en bas on voit la limite de la désagrégation sous forme de bords dentelés, tandis que le bord antérieur de l'arcade droite forme un bourrelet épais, dur. Il est donc ici assez facile de faire le diagnostic de carcinome. Il est également survenu une infiltration extrêmement dure et très considérable de la parotide et des ganglions avoisinants.

Selon l'orateur, ces cas exigent une grande attention; dans les 2 ou 3 dernières années il a vu des ulcérations à marche envahissante dans 2 cas dans lesquels, à certaines phases du processus, la syphilis ne paraissait pas douteuse, et cependant il n'en était rien. L'un a été reconnu plus tard comme un sarcome très étendu ou une production analogue. Il a observé aussi un ulcère semblable dans un cas où il y avait une lésion qu'il n'avait encore jamais vue. La langue était le siège de 2 à 3 nodules, on pouvait croire à des gommes. Mais leur consistance était rénitente, en même temps il y avait sur le palais des ulcères à bords anfractueux, mais mous. Ce cas se termina par la mort dans un laps de temps relativement court et à l'autopsie on trouva des tumeurs absolument lymphomateuses. L'orateur fait encore remarquer qu'il y a des cas dans lesquels l'examen histologique

de fragments excisés ne donne pas de résultat satisfaisant, surtout en raison des follicules qui se trouvent dans la muqueuse, quand il n'existe pas des points où il y a des prolongements épithéliaux. L'aspect n'est pas toujours aussi évident que celui des carcinomes épithéliaux de la peau. On est donc obligé de s'en tenir aux caractères cliniques.

# Kyste uréthral.

M. Neumann présente un homme atteint d'un kyste uréthral. Dans la séance du 28 janvier 1891, il avait montré un kyste de l'urèthre, lequel avait pris naissance dans une glande muqueuse de l'urèthre.

Actuellement il présente un kyste du volume d'un pois qui ferme presque complètement l'orifice uréthral, chez un malade atteint en outre d'affections syphilitiques primaires. Ces kystes, comme le montre l'examen histologique, ont leur point de départ dans les glandes muqueuses qui se trouvant sur les deux côtés de la paroi uréthrale suivent une direction parallèle au canal. Leur paroi interne est recouverte d'épithélium, leur contenu est muco-séro-purulent.

# Érythème iris et gyroïde.

M. Neumann présente une jeune fille venue à la clinique il y a 9 jours avec un érythème iris et gyroïde très caractérisé de l'avant-bras, de la nuque, de la face, mais non sur les membres inférieurs. La muqueuse du voile du palais, celle des amygdales sont rouge intense et tuméfiées; chute de l'épithélium, malaises angineux. Sur les membres inférieurs érythème noueux.

### Érythème noueux.

M. Neumann présente un moulage représentant un érythème noueux des membres, coexistant avec une syphilis tégumentaire.

M. Kaposi à l'occasion de cas d'érythème noueux compliqués des variétés ordinaires de l'érythème multiforme chez ces malades, constate, contrairement à ce qu'ont dit d'autres auteurs, que l'érythème noueux ainsi que le purpura rhumatismal, bien qu'en raison de leur type il les considère cliniquement comme distincts, sont cependant essentiellement identiques et appartiennent au groupe de l'érythème exsudatif multiforme. Ils apparaissent à la même époque de l'année, ont les mêmes conséquences sur le cœur et présentent les mêmes métastases, etc...

M. Neumann pense que telle est d'une manière générale l'opinion de l'école de Vienne.

### Tumeur blanche du genou.

M. Kaposi présente une femme mariée, âgée de 23 ans, qui serait entrée il y a 1 an dans le service du professeur Weinlechner pour une tumeur blanche du genou. La jambe est en demi-flexion; au niveau de l'épine du tibia ulcération de 5 à 6 cent. de long occupant toute la largeur de la face antérieure de la jambe; la plus grande partie de la base est recouverte de granulations grossières saignant facilement, bords anfractueux. Depuis que

i i

P

p

u re

0.5

co

se

go

l'u

mé

rie

la malade est à la clinique, la plaie s'est un peu aplatie sous l'influence d'un traitement indifférent. La partie interne du bord est surtout caractéristique, anfractueux et infiltré, de sorte que l'orateur croit qu'il s'agit d'une gomme ulcérée. Malgré le traitement indifférent l'aspect spécifique s'est effacé dans une certaine mesure. Mais dans le voisinage le plus immédiat on trouve des nodosités de la grosseur d'une noisette, les unes prêtes à s'ouvrir, les autres déjà ouvertes, l'orateur les regarde comme des nodosités gommeuses.

Rien que d'après la cicatrisation du bord on peut reconnaître les contours en croissant. Ces lésions surviennent d'ordinaire sur le tiers infé-

rieur de la jambe.

Chez cette malade il y a une autre localisation intéressante. Sur la face d'extension du bras droit, se trouve une tumeur allongée, à base très dure et rénitente avec un peu de fluctuation au sommet, au bord supérieur ulcération de la dimension d'une pièce de 50 cent., à bords taillés à pic. Selon l'orateur ce serait une gomme du triceps. Il faut admettre ici une syphilis contractée dans la première enfance.

M. EHRMANN rappelle qu'il a présenté il y a deux ans un homme de 23 ans qui avait contracté la syphilis comme nourrisson; il avait des gommes serpigineuses et vraisemblablement aussi une gomme centrale

du fémur qui détermina une pseudarthrose.

M. Neumann a, dans les dernières années, recueilli les cas de maladies syphilitiques des muscles. On rencontre d'abord des formes aiguës de myosite diffuse du triceps brachial et fémoral, du masséter, du trapèze, etc. On voit naturellement survenir dans ces cas tous les troubles consécutifs à l'affection inflammatoire du muscle. Dans le cas actuel, il y a une gomme du triceps. Les gommes des muscles sont d'ordinaire beaucoup plus petites, multiples, et il est rare de rencontrer une tumeur aussi volumineuse avec fluctuation.

M. Mracek appelle l'attention sur quelques caractères typiques, principalement par la localisation du processus. L'ankylose de l'articulation du genou, qui existe ici, est fréquente. Il se rappelle le cas d'une gomme prérotulienne avec ankylose et infiltration profonde. Aujourd'hui il est impossible, dans le cas actuel, de reconnaître le point de départ de la gomme. On ne saurait dire s'il ne s'agit pas ici d'un processus ayant son siège dans le périoste ou dans le ligament court de la rotule. Si on exerce une forte pression on trouve les tumeurs à la périphérie tout à fait adhérentes au tibia, dont l'épine est sans doute déjà détruite. En ce point l'os est élargi relativement à celui de l'autre côté.

Quant à l'infiltration gommeuse du bras, Mracek n'est pas absolument convaincu qu'il y a de la fluctuation. La masse la plus volumineuse représente, il est vrai, l'infiltrat qui, d'après Neumann, est caractéristique des gommes des muscles. Selon l'orateur, au contraire, la partie sous-jacente à l'ulcère n'appartient pas au muscle mais au tissu cellulaire sous-cutané. Il ne croit pas que la suppuration ait pris naissance dans le musele lui-

M. Neumann remarque que précisément dans le cas où le jambier antérieur était atteint, l'inflammation partait du tissu conjonctif sous-cutané.

e

ia

de

118

Mais il s'agissait d'un cas aigu dans lequel il s'était formé un abcès ayant décollé toute la peau.

M. Kaposi réplique que selon lui cette gomme, qui provient de la couche musculaire, a envahi à travers le fascia, le tissu conjonctif sous-cutané et, si elle persiste longtemps, elle s'ouvrira à l'extérieur. Il ne faut pas toujours interpréter cette fluctuation dans le sens d'une suppuration, d'un abcès, mais comme un simple ramollissement avec nécrose moléculaire. Il prescrira à présent un traitement antisyphilitique et il présentera de nouveau cette malade à la Société, il espère que même cette gomme volumineuse peut encore se résorber.

Relativement aux localisations rares, il cite un cas remarquable qu'il a vu cette année. Chez un homme de plus de 60 ans, qui avait eu la syphilis 30 ans auparavant, sans avoir eu de récidive, il survint il y a 2 à 3 ans, une affection du foie avec tuméfaction considérable; après sa disparition spontanée il eut une maladie de l'estomac que différents spécialistes, à l'exception d'un seul, regardèrent comme un carcinome de cet organe, de sorte qu'on conseilla la gastrotomie. Cet homme était très affaibli. Tout disparut de nouveau et au bout de 18 mois le malade commença à se plaindre d'une violente céphalée; sur la ligne médiane du front il y avait un tophus et un peu à droite un autre, et un troisième semblable sur le bord gauche de l'orbite, lequel avait gagné cet organe; en même temps une myosite très grave du trapèze. Sous l'influence d'un traitement spécifique tout a complètement disparu aujourd'hui.

## Syphilide serpigineuse étendue.

M. Kaposi présente une femme âgée atteinte d'une syphilide serpigineuse étendue. Cette malade est mariée et a perdu un enfant âgé de 2 ans. Ce cas est intéressant en raison de sa ressemblance avec un lupus, attendu que dans le centre du foyer morbide, qui a envahi presque tout le côté de l'extension de l'avant-bras, on voit quelques nouveaux foyers ainsi que des cercles dans la région scapulaire; nodules volumineux à la face, toute la joue gauche est envahie par de petites papules rouge vif, disposées en cercle comme dans le lupus, tandis que sur la joue droite il y a déjà des gommes cutanées.

#### Syphilide psoriasiforme.

M. Kaposi présente une fille atteinte de syphilis récente. Si on se bornait à regarder le côté de l'extension des bras où se trouvent des papules dont la grosseur varie de celle de la tête d'une épingle à celle d'une lentille, avec d'assez grandes squames blanches, on penserait au premier abord à un psoriasis. Mais l'examen du tronc, où existe une roséole, des lèvres où il y a une sclérose, des organes génitaux où se trouvent des papules, fait porter naturellement le diagnostic de syphilis. La ressemblance avec le psoriasis sur les points en question provient de ce que là où le processus est en régression il existe une imbibition séreuse considérable. Ce serait peut-être là un cas de ce que les auteurs ont désigné sous le nom de syphilis psoriasiforme.

M. NEUMANN dit que quand une syphilide papuleuse se combine avec un

psoriasis vulgaire, la marche ultérieure est tout à fait caractéristique. Dans ces efflorescences le centre appartient à la syphilis, la périphérie au psoriasis (comme dans l'érythème iris). Tandis que le psoriasis a son siège surtout dans les parties supérieures du corps papillaire, la syphilis amène des modifications dans les couches profondes. Les cas prennent quelquefois le caractère d'un érythème iris.

A. Dovon.

# SOCIÉTÉ DE MÉDECINE DE BERLIN (1).

SÉANCE DU 21 DÉCEMBRE 1892.

## Mycosis fongoïde d'Alibert.

M. le professeur Vincuow présente une préparation de mycosis fongoïde d'Alibert. Elle provient d'une personne qui, après une brûlure remontant à plusieurs années, avait conservé un grand nombre de cicatrices à la jambe et autour du genou. Sur ces cicatrices il s'était développé en quelques points des épaississements cornés, lisses, dans d'autres des verrues et enfin sur le mollet une tumeur de la grosseur d'un œuf d'oie, dont la surface était presque semblable à celle d'un chou-fleur et de consistance très molle. Sur une section faite au centre de cette tumeur on voit très bien sa structure. La tumeur est, d'après la masse principale, formée par un tissu presque médullaire, blanchâtre, rayonné, partant du tissu sous cutané et des fascias, mais vers la surface il est parsemé d'extravasations hémorrhagiques et par suite rouge foncé. L'examen microscopique montre dans une substance fondamentale très molle, presque muqueuse, des amas très compactes de cellules dont un grand nombre se transforment en cellules à grosses granulations, souvent fusiformes et qui se rapprochent beaucoup de la structure du sarcome. A la base, des fragments de tissu musculaire s'enfoncent dans la tumeur, mais ce tissu a un aspect si pale qu'il n'offre au premier abord aucune ressemblance avec le tissu musculaire. A. Doyon.

SÉANCE DU 11 JANVIER 1893 (2).

# Syphilis viscérale.

Dans cette séance, M. le professeur Virchow a présenté des préparations d'un cas très remarquable de syphilis viscérale. Il s'agit d'abord d'une destruction totale de l'épiglotte. On dirait que l'épiglotte ainsi que les parois contiguës des ligaments aryépiglottiques ont été abrasées, il en résulte un aspect très bizarre comme si cet état était le résultat d'une intervention chirurgicale. Le deuxième organe affecté est le foie qui est le siège d'une altération très extraordinaire. La vésicule de la bile est

<sup>(1)</sup> Berlin klin. Wochenschrift, 1892, p. 102.

<sup>(2)</sup> Berlin klin. Wochenschrift, 1893, p. 122.

placée sur le côté droit au niveau du bord droit. Tandis que d'ordinaire elle est située assez près du ligament suspenseur, ici elle est tout à fait à droite, pour ainsi dire à côté du foie. Si on examine plus attentivement cette région on voit qu'il y a un lambeau détaché, mais d'ailleurs normal, adhérent au diaphragme. Au-dessous, il y a des lambeaux tout à fait atrophiés, ils ont été séparés par un processus interstitiel antérieur. Il y a eu une cicatrisation étendue qui a réuni toute la partie droite du lambeau droit en une seule cicatrice de sorte que la vésicule biliaire devait nécessairement se porter sur le côté droit. Le reste du foie est hypertrophié, le lambeau gauche notamment est devenu si volumineux qu'il compensait presque la perte survenue sur la face droite. Quand on retourne le foie on croirait que le lambeau gauche est devenu le lambeau droit. L'hyperplasie compensatrice a donc atteint la partie médiane du lambeau droit et le lambeau gauche tout entier.

Dans ce cas il existe en outre une affection très particulière du poumon qui, pour un observateur non prévenu, peut faire croire au premier abord qu'on a affaire à une tuberculose. Le sommet est tout à fait indemne, par contre un grand nombre de nodosités blanchâtres sont disséminées dans le lambeau inférieur, elles ressemblent à des nodosités caséeuses, mais si on les examine avec soin elles se distinguent par leur viscosité, leur uniformité et leur densité. Elles ne présentent aucune trace de ramollissement. En réalité ce sont des granulations gommeuses multiples. De plus il existe un processus pneumonique récent qui était précisément en évolution.

SÉANCE DU 13 FÉVRIER 1893.

# Curabilité des épithéliomes.

M. Lassan rappelle que jusqu'à présent on n'a pas réussi, en dehors de l'intervention opératoire, à modifier ou à guérir une espèce quelconque de carcinome ou de cancroïde. L'auteur se propose d'appeler l'attention sur quelques observations qui montrent la possibilité de guérir les proliférations épithéliales atypiques.

Dès 1889, un cas inopérable de carcinome multiple de la peau de la face lui fournit l'occasion de chercher d'autres règles thérapeutiques. Ce cas ainsi qu'un autre, observé à peu près à la même époque, fut depuis le début du traitement en voie de régression, comme on peut le voir en comparant les moulages exécutés avant et après. L'examen microscopique montra qu'il s'agissait bien de carcinome.

Lassar présente ensuite une personne qui est entrée à la Clinique au commencement d'octobre avec une tumeur de la joue, laquelle était presque grosse comme une noix. L'examen microscopique montra qu'il s'agissait d'un cancer plat de la peau. Aujourd'hui ce cancer est complètement cicatrisé sans l'intervention d'aucun traitement local. La guérison s'est maintenue depuis le commencement de décembre, lorsque cette femme s'est présentée pour la dernière fois à la clinique. Un deuxième malade, que l'auteur traite et observe depuis la fin de décembre, était avant la cure, tel on le voit sur les moulages et les photographies; sa guérison est aujourd'hui si avancée que l'auteur croît pouvoir le présenter. Le diamètre

de la perte de substance, encore reconnaissable, a diminué d'un centimètre

Depuis que Billroth a montré que l'arsenic agit sur les lymphomes malins, on a employé cette méthode avec plus ou moins de succès contre un grand nombre de processus morbides; il paraissait donc assez rationnel d'essayer aussi la même préparation dans les néoplasmes carcinomateux. C'est ce qui a été fait de différents côtés, mais jusqu'à présent sans succès, soit en raison de cas défavorables, soit par suite d'une application défectueuse. L'auteur est obligé de dire que les cancers plats de la peau à marche progressive jusqu'au traitement se sont arrêtés et cicatrisés dans des points déjà ulcérés, après avoir été soumis à une cure systématique d'arsenic soit interne, soit sous-cutanée, ces faits donneront sans doute une impulsion à l'étude ultérieure de ce mode de traitement et à sa généralisation.

A. Doyon.

# SOCIÉTÉ DE MÉDECINE DE BALE (1).

SÉANCE DE JANVIER 1893.

#### Traitement de l'eczéma.

M. Burn fait une communication sur un nouveau traitement de l'eczéma, notamment sur les méthodes thérapeutiques employées actuellement à la clinique d'Unna.

Il arrive aux conclusions suivantes :

L'eczéma n'est pas une unité pathologique, une entité morbide dans le sens de Bazin, mais représente un groupe de maladies réunies très artificiellement et qui diffèrent au point de vue clinique, étiologique et histologique.

L'opinion d'Hebra, qu'il est possible de provoquer artificiellement un eczéma par des agents irritants chimiques ou physiques n'est pas rigoureusement exacte. On détermine bien ainsi une dermatite, mais non un eczéma. Il importe donc de séparer l'eczéma de la dermatite artificielle.

Dans beaucoup de cas l'eczéma est une maladie parasitaire. Ce qui le prouve c'est: 1º la présence absolument constante de certains organismes dans la couche cornée et les squames des eczémateux; 2º l'état clinique qui rappelle précisément très souvent la manière d'être connue d'affections à coup sûr parasitaires, par exemple l'eczéma marginé; 3º les bons résultats du traitement antiparasitaire.

L'auteur se demande ensuite si on peut, dans tous les cas, traiter les eczémas sans inconvénients pour l'état général ou si le traitement de l'eczéma ne doit être que local ou bien n'être que général, ou encore s'il faut combiner les deux méthodes de traitement.

Quant à la première question, il croit pouvoir répondre affirmativement, mais il rappelle que de nombreux et savants auteurs anglais et français sont d'un avis contraire. Relativement à la seconde question, il recommande en première ligne le traitement local, mais dans certains cas il instituerait aussi un traitement général approprié.

(1) D'après la Correspondenz-Blatt f. Showeizer Aerzte, 1893 p. 177.

Pour le traitement de l'eczéma, Unna s'apuie sur les considérations suivantes :

L'eczéma est une affection inflammatoire, cliniquement et anatomiquement, affection dans laquelle des micro-organismes jouent un grand rôle, soit qu'ils provoquent directement, soit qu'ils ne déterminent que des modifications secondaires, par exemple des infections purulentes.

Dans l'eczéma, le processus de kératinisation est troublé, soit qu'il cesse entièrement, soit qu'il ait une marche atypique (parakératose).

Or, d'après les recherches d'Unna, la kératinisation procède tantôt d'une dessiccation, d'un dessèchement, tantôt d'une réduction, de la soustraction d'oxygène. Le traitement de l'eczéma doit donc être antiphlogistique, aseptique et antiseptique, antiparasitaire, soustrayant de l'eau et réducteur; c'est ce qui explique l'effet favorable des agents de réduction, pyrogallol, chrysarobine, résorcine, ichthyol, goudron et baumes, du camphre, de l'huile de lin, etc.

L'auteur s'occupe ensuite du traitement avec les poudres siccatives, du pansement avec la colle de zinc, les emplâtres d'Unna; il parle aussi de l'emploi des pâtes, des bains, du spray et de tous les emplâtres connus. Quant au traitement de l'eczéma chronique, Buri se borne à en dire quelques mots, il attache une grande importance à ce qu'on continue longtemps le traitement de l'eczéma du cuir chevelu, car les récidives ont très souvent ici leur point de départ.

Discussion:

Le professeur Immermann demande si le nouveau traitement avec la colle de zinc abrège notablement la durée de l'eczéma aigu et si l'orateur a vu le traitement arsenical produire des effets nuisibles.

M. Buri. — L'avantage du traitement par la colle de zinc tient moins à ce qu'il abrège la durée du traitement qu'à ce qu'il atténue sensiblement les symptômes subjectifs. Il n'a jamais vu employer l'arsenic à Hambourg, mais il n'hésiterait pas à le prescrire éventuellement dans l'eczéma chronique dans les intervalles du traitement local.

Le professeur Massini attribue un rôle important à la constitution, par exemple à la scrofulose, dans l'étiologie des eczémas. L'arsenic et le fer sont très efficaces dans ces cas, il les prescrit très souvent.

M. Jaquet demande si l'influence des agents de réduction ne peut pas s'expliquer simplement par une action irritante.

M. Buri répond que précisément les antieczémateux les plus efficaces sont tous des médicaments de réduction, que des remèdes irritants oxydants n'agissent pas du tout ou agissent directement d'une manière nocive.

M. le professeur Socia est d'avis que la dermatologie nouvelle devient par trop théorique; il attaque spécialement la théorie parasitaire de l'eczéma qui est loin d'être démontrée. Tant qu'elle n'aura pas réussi à cultiver et à inoculer le champignon de l'eczéma, elle reste à l'état d'hypothèse.

Des influences nerveuses, par exemple des émotions, peuvent aussi jouer un rôle dans l'étiologie de l'eczéma, ainsi qu'il l'a constaté pour lui-même. te

C

d

d

le

d

M. Bun se demande si on est autorisé à désigner la maladie de l'orateur comme un eczéma ou s'il ne faut pas plutôt la considérer comme une dermatite dans le sens indiqué par Besnier. Il croit, lui aussi, qu'il y a une certaine disposition aux eczémas, mais il cherche cette prédisposition dans des conditions anatomiques et physiologiques, héréditaires ou acquises, par exemple dans la proportion plus ou moins considérable de graisse de la peau, dans une réaction plus acide ou alcaline des humeurs de la peau. La réaction de ces dernières a une grande importance surtout pour le développement ou le non développement des champignons.

M. Schwendt. — L'eczéma dû à l'acide phénique est-il un eczéma ou une

dermatite?

M. Burl. — D'après les recherches de Blaschko sur l'eczéma professionnel deux cas peuvent se présenter : ou il existait déjà comme dans beaucoup de cas un eczéma chronique latent qui préparait le terrain à la dermatite, ou bien on a affaire à une dermatite primaire, mais qui peut s'accompagner secondairement d'un eczéma même sur d'autres régions

Le professeur Hagenbach est convaincu que chez les enfants l'eczéma est très contagieux, et peut se transmettre à d'autres parties du corps et à d'autres enfants. Mais il s'agit de cas avec suppuration, de sorte que

selon lui la cause serait des organismes.

M. Burn a fait des expériences analogues; il rappelle que Hans Hebra a expliqué que les nombreux cas d'eczémas des paupières des petits enfants tenaient à ce que les enfants, pendant leur sommeil, avaient leurs yeux appliqués sur la région cubitale affectée d'eczéma.

A. Doyon.

# REVUE DES PUBLICATIONS PÉRIODIQUES

#### REVUE DE DERMATOLOGIE

Alopécie. — Georges T. Elliot. Alopecia præmatura: its most frequent cause eczema seborrhoicum. (New-York medical Journal, 4 février 1893).

L'auteur examine dans un mémoire fort intéressant quelles peuvent être les causes de l'alopécie prématurée, alopécie dont il met justement en relief toute l'importance. Il pose en fait que beaucoup de personnes qui en sont atteintes souffrent de constipation, de dyspepsie, de troubles utérins, etc... Mais la guérison de ces diverses lésions n'a jamais été suivie de la moindre amélioration : parfois certaines affections, l'accouchement entre autres, qui forcent à garder le lit semblent avoir une certaine influence sur la chute des cheveux, mais pour lui elles n'agissent qu'en empêchant de prendre soin de la chevelure, et par suite en favorisant le développement sur le cuir chevelu de l'eczéma séborrhéique. Il en est de même de la vie confinée, dans des appartements mal ventilés, poussièreux, du manque de soins de toilette, et par suite de l'influence réelle des temps froids pendant lesquels ces mauvaises conditions hygiéniques se trouvent surtout remplies. L'habitude de rester coiffé, de porter des chapeaux lourds, serrant la tête, des chignons épais, etc..., agit aussi dans le même sens. L'auteur croit que l'influence de l'hérédité dans la genèse de cette affection est assez exceptionnelle : la plupart des malades qui ont incriminé cette origine avaient de l'eczéma séborrhéique, et l'auteur a pu découvrir chez leurs parents la même affection. Aussi se demande-t-il si l'eczéma séborrhéique n'est pas contagieux, et il est très porté à le croire par l'examen attentif des faits cliniques qu'il a observés : il a vu cette affection se développer chez des personnes jusqu'alors indemnes, après qu'elles s'étaient servies des brosses d'autres personnes atteintes de cette dermatose. Rien de plus fréquent que de voir un mari ou une femme jusqu'alors indemnes la prendre après le mariage, de la femme ou du mari depuis longtemps contaminé. Les épidémies de famille sont des plus communes : souvent aussi les sujets qui en sont atteints, et particulièrement les femmes, voient cette affection se développer après leur première visite chez le coiffeur : d'après l'auteur les coiffeurs sont en effet une des causes les plus importantes de la dissémination de cette maladie grâce à la promiscuité des brosses et des peignes, à leur manque de propreté, etc.

L'auteur a fait des examens histologiques minutieux du cuir chevelu atteint de pityriasis simple, d'alopécie pityrode, de séborrhée sèche, etc..; il en conclut que dans tous ces états il existe un processus inflammatoire cutané plus ou moins accentué; d'autre part les glandes sébacées sont

remj réter grais vien vérit débo huile

Cosi

Il

ana

du t

corp

purche che et c con con L'a

plu

pea

la f

lav

I

dan L qui la p

tie pa de Qu pe es:

sa 1/: ve

ce

remplies de graisse, et dans la plupart des cas le sont par une sorte de rétention, les squames remplissant les follicules pileux et empêchant la graisse de sortir : donc pour lui la desquamation dans ces affections provient bien de l'épiderme et non des glandes sébacées. Ce qui prouve la vérité de cette manière de voir, c'est que, lorsque par le traitement on a débouché les follicules pileux, les cheveux au lieu d'être secs deviennent huileux, alors même que l'on n'a employé aucun topique renfermant des corps gras.

L. B.

Cosmétiques. — Saalfeld. Ueber Kosmetik. (Therapeutische Monatsnefte, 1892, p. 183, 243, 292 et 354.)

Il est bien difficile de donner la définition exacte d'un beau teint; par contre, il l'est moins de dire en quoi consiste un mauvais teint, car on peut analyser assez facilement quelles sont les causes qui nuisent à la beauté du teint. Ce sont les comédons et l'acné qui en altèrent le plus souvent la pureté. Le traitement de ces deux affections doit être local et général. En ce qui concerne ce dernier, on sait que la maladie s'observe souvent chez les sujets chlorotiques, principalement à la période de développement et chez des personnes ayant des troubles des organes sexuels. On la rencontre aussi chez celles qui souffrent d'états dyspeptiques, surtout de constipation. Contre ces états, il faut prescrire les remèdes appropriés. L'arsenic qu'on conseille fréquemment dans ces cas n'a nullement une action spécifique contre l'acné — comme on le croit en général — il agit plutôt uniquement contre les états chlorotiques et autres analogues.

Dans le traitement local, il faut placer en première ligne les soins de la peau. Lavage avec de l'eau chaude et du savon, ensuite friction avec de la flanelle ou une étoffe rugueuse analogue et ne pas se borner à un simple

lavage avec la farine d'amandes.

En outre, il importe que les malades, et ceci s'adresse surtout aux dames, n'emploient pas trop ou mieux pas du tout de poudre et de fard.

L'excès de graisse qui se trouve dans les glandes sébacées dilatées et qui donne un aspect brillant à la peau est augmenté par le fard, de plus la poudre par son mélange avec la graisse favorise le développement des comédons et de l'acné.

Le traitement local des comédons et de l'acné se divise en deux parties, mécanique et médicamenteuse. Il faut expulser les comédons, soit par la pression digitale, soit avec le petit instrument connu sous le nom de comédonenquetscher (une clef de montre rend les mêmes services). Quant aux pustules d'acné on vide leur contenu purulent en faisant une petite moucheture à la peau. Le traitement médicamenteux consiste essentiellement dans l'emploi de lavage avec des savons ou des substances alcalines et de préparations sulfureuse.

Le soir, frictions avec de l'esprit de savon alcalin ou la mousse d'un savon de soufre ou de naphtol, ou de naphtol et de soufre; après 1/4 ou 1/2 heure, on enlève le savon avec de l'eau chaude. Dans les cas plus graves, on fait 1/2 heure après le lavage une lotion avec l'eau de Kummer-

feld ou un autre mélange analogue, par exemple :

0

Soufre précipité Esprit de savon alcalin		gr. gr.	
ou appliquer à l'aide d'un pinceau :			
Lait de soufre	$egin{array}{ccc} 2 & \grave{a} \\ 0,2 & \grave{a} \end{array}$		
Vaseline jaune	2	0 gr.	

Dans les cas encore plus graves on applique en couches minces la pâte sulfureuse de Zeissl.

Lait de soufre		
Lait de soufre	5	gr.
Glycérine		0
Carbonate de potasse	1	gr.

on continue ces applications pendant deux à trois soirs, puis on cesse un à deux jours en raison de la tension de la peau. Si même cette tension est très accusée on applique de la lanoline ou de la lanoline boriquée (5 à 10 p. 100).

Dans l'acnée rosée il faut en premier lieu combattre la dyspepsie et la constipation, les troubles de la circulation et des organes sexuels chez la femme, ainsi que l'abus des boissons alcooliques.

Localement on appliquera sur les parties malades, peudant la nuit, une pommade sulfureuse concentrée, principalement la pâte de Zeissl ou une pommade d'ichthyol à 50 p. 100, ou encore l'emplâtre mercuriel; le jour on se sert de fards ou de poudres. Un excellent fard liquide est l'eau des princesses d'Hebra:

Carbonate de bismuth	10 gr.
Talc de Venise	20 -
Eau de rose	70 —
Eau de Cologne	3

Il faut avoir soin d'employer le dépôt humide en badigeonnages. On peut ajouter une petite quantité de carmin aux pommades et aux poudres pour leur donner une teinte analogue à celle de la peau.

On incise les nodosités isolées. Si la rougeur occupe de grandes surfaces (principalement sur le nez) et forme des téléangiectasies, on a recours aux scarifications. S'il est survenu un rhinophyma il faut enlever les parties proliférées.

Une autre variété des maladies des glandes sébacées dont il faut tenir compte, la séborrhée, surtout la séborrhée huileuse, s'observe principalement chez les jeunes filles chlorotiques. Le traitement médicamenteux est essentiellement le même que celui des comédons et do l'acné vulgaire, à l'intérieur préparations de fer.

Dans le pityriasis capitis et le defluvium capillitii, l'auteur recommande des lavages avec de l'esprit de savon alcalin; on sépare les cheveux en une série de raies, chaque fois on verse quelques gouttes d'esprit de savon sur le cuir chevelu et ensuite on frictionne, on fait ensuite un

la po

S

(q

R
il fa
pres
L
care

con

que

L'h

ni e

mei

d'ei

de

irri

gly

néc

l'hi ten ou Por car

tac

ch

ler

dé

50

ou

tiv

fa

lavage avec de l'eau tiède. Une fois les squames disparues on prescrit la pommade sulfureuse suivante :

 Lait de soufre.
 3 à 5 gr.

 Lanoline.
 3 gr.

 Axonge benzoïnée.
 30 gr.

S'il existe du prurit, on peut ajouter à la pommade ci-dessus :

Acide salicylique...... 0,3 à 0,5 décigr.

(qu'on fait dissoudre dans s. q. d'alcool.)

Relativement au milium qui survient surtout dans le voisinage de l'œil, il faut inciser l'enveloppe et exprimer les granulations à l'aide de la compression.

La plupart des altérations du teint, décrites jusqu'à présent, étaient caractérisées par une exagération de la sécrétion graisseuse, l'auteur examine ensuite les anomalies dans lesquelles, abstraction faite des autres conditions, on constate une diminution de la sécrétion sébacée, altérations que l'on désigne sous le nom de rugosité du teint, Sprödigheit des Teints.

L'hygiène de la peau a dans ces cas une grande importance.

Les malades doivent en outre ne pas faire de trop fréquents lavages, ni employer trop souvent le savon qui doit être dur et peu mousseux. Le meilleur savon est dans ces cas un savon de soude neutre. Il est préférable d'employer de l'eau bouillie. Chez beaucoup de personnes il convient même de remplacer le savon par la farine d'amandes. Si même l'eau bouillie irritait la peau, il faudrait l'additionner de 1 à 2 cuillerées à bouche de glycérine pour un litre d'eau. Après les lavages on peut appliquer s'îl est nécessaire une couche mince de crème de lanoline ou de poudre. Pendant l'hiver les corps gras sont préférables aux poudres. Si, au début du traitement, l'eau est mal tolérée, il faut laver la figure avec de l'huile d'olive ou de l'huile d'amandes, on essuie ensuite l'excès d'huile et on poudre. Pour conserver la peau aussi douce que possible, on peut dans les cas très caractérisés, faire usage pendant la nuit d'une pommade indifférente.

Les hypertrophies pigmentaires se traduisent à la face sous forme de taches d'été, d'éphélides, de taches lenticulaires, de lentigines ou de chloasma.

Le traitement du chloasma est le même que celui des éphélides et des lentigines. En première ligne des applications avec une solution de sublimé conseillées par Kaposi. D'autres remèdes dont l'action est plus douce, déterminent par leur emploi répété une desquamation de la peau, permettent d'obtenir les mêmes résultats, mais plus lentement. De ce nombre sont les pommades sulfureuses (de 30 à 50 0/0 avec 5 à 10 0/0 de soude ou de carbonate de potasse) employées pendant plusieurs nuits consécutives jusqu'à production d'une vive irritation. On emploie de la même façon la pommade suivante:

Précipité blanc	ââ	2 gr. 5
Huile d'olive		1 gr.
Onguent glycériné		4 gr.

On peut aussi prescrire la pâte suivante qu'on applique d'une demiheure à une heure plusieurs jours de suite:

Naphtol	5	à 10 gr.
Oxyde de zinc	12	gr. 5
Vaseline ianne		

Plus lente encore est l'action de frictions répétées chaque jour d'esprit de savon alcalin, d'acide acétique, ou d'acide chlorhydrique étendu (1 à 3 0/0), de lessive de potasse ou de soude (1/2 à 1 0/0), de jus de citron ou d'application de tranches de citron.

Le mode de traitement décrit ci-dessus du chloasma, des éphélides et des lentigines peut s'appliquer aussi aux nævi peu proéminents.

Si par un motif quelconque, par exemple la crainte des récidives, les malades refusent qu'on fasse disparaître le pigment par un de ces procédés on peut prescrire les fards et les poudres indiqués déjà pour l'acné rosée. Leur composition devra varier suivant le coloris de la peau, suivant le but qu'on se propose, suivant la saison, etc. L'auteur partage sur ce point les opinions de Debay et de Paschkis.

Voici différentes formules :

Oxyde de zinc	21	gr. 5
Talc de Venise		
Carbonate de magnésie	3	gr. 5
Huile de mille-fleurs	H	gouttes.

Poudre cosmétique blanche.

Pour atténuer la coloration un peu jaunâtre de ces poudres, on peut y ajouter une faible quantité de matière colorante :

Poudre cosmétique blanche	500 gr.
Solution de carmin	0 gr. 05 centig.
ou Poudre cosmétique blanche	80 gr. 0 gr. 05 centigr.
Ocre jaune	1 gr.
ou encore	
Poudre cosmétique blanche	20 gr.
ou Amidon	5 gr.
Talc de Venise	15 gr.
Teinture de safran  Poudre jaune clair.	X gouttes

On peut remplacer la teinture de safran par 1 décigr. de curcuma (1), la teinte jaune est alors un peu plus foncée.

des p à la p

Po mace gras

V

te

<sup>(1)</sup> On peut préparer le jaune de curcuma de la façon suivante : on précipite par une solution d'alun à 5 0/0 l'extrait de racines de curcuma pulvérisé avec 5 parties d'esprit-de-vin dilué; on recueille le dépôt et on fait sécher.

Cependant ces dernières compositions ne doivent pas être prises pour des poudres colorées à farder. Pour préparer la teinte rose il faut ajouter à la poudre du carmin dans la proportion de 1 à 2 0/0:

Solution ammoniacale caustique de carmin.... 0, 5 à 1 gr.
Talc de Venise purifié par l'alcool....... 50 gr.
Fard rouge simple.

Pour rendre les poudres plus adhérentes on y ajoute 5 à 10 gr. de spermaceti ou même, en hiver, du beurre de cacao; on a ainsi une poudre grasse, un fard gras.

Poudre cosmétique blanche ou rose ou de Rachel ou jaune.	50	gr.
Spermaceti ou beurre de cacao		gr.
Carthamine	1	gr.
Talc de Venise purifié par l'alcool	9	gr.
Spermaceti	10	gr.
Huile d'amandes douces	20	gr.
Fard rouge gras.		

Voici quelques indications sur la composition des crèmes de lanoline dont il a été question :

Pour obtenir une crème de consistance tout à fait molle on mélange de la lanoline anhydre avec parties égales de graisse.

Quant au traitement radical des anomalies de la peau : angiomes et télangiectasies ainsi que des verrues et des taches hépatiques on peut

recourir à des agents chimiques ou à l'intervention chirurgicale ou combiner les deux méthodes.

Parmi les agents chimiques il faut citer l'acide nitrique fumant, l'acide acétique, l'acide chromique, l'acide trichloracétique, l'acide phénique liquide, le sesquichlorure de fer, le collodion au sublimé à 10 p. 100 ou le collodion salicylé.

Pour faire disparaître les néoplasies vasculaires le procédé le plus simple est de détruire les vaisseaux par des scarifications multiples.

Toutefois c'est un traitement qui exige du temps et met la patience du médecin à une non moins rude épreuve que celle du malade.

On atteint plus rapidement le but par l'excision quand il s'agit d'angiomes peu volumineux et de télangiectasies ainsi que de taches hépatiques assez étendues et de verrues.

On peut aussi avoir recours pour le traitement de ces affections au galvanocautère ou au thermocautère ainsi qu'à l'électrolyse.

On emploiera également avec succès ce dernier procédé dans le traitement de l'hirsutie. L'auteur expose ensuite en détail les différents modes opératoires de toutes ces méthodes, ils sont depuis longtemps connus de tous les dermatologistes.

Il est encore une autre maladie qui rentre dans la sphère de la cosmétique, et qui, comme l'hirsutie, n'a d'intérêt pratique que pour les dames c'est le lichen pilaire, l'état rugueux de la peau, analogue à une râpe, principalement de la face externe des bras. Les parties malades ressemblent, d'une manière permanente, à la peau ansérine. Il faut recommander dans ces cas l'usage fréquent des bains chauds, les applications de savon alcalin. On peut encore avoir recours à des préparations de soufre, de naphtol β, de chrysarobine et de pyrogallol.

On prescrit la pommade sulfureuse, de 10 à 30 p. 100 avec 5 à 10 p. 100 de soude ou de carbonate de potasse, ou :

Soufre précipité	15	gr.
Savon alcalin	30	gr.
Pierre ponce pulvérisée	10	gr.

#### ou encore :

Lanoline	1	
Axonge	ââ	50 gr.
Savon alcalin	)	
Naphtol β		15 gr.
Craie blanche pulvérisée		10 gr.

On peut éventuellement formuler une pommade plus énergique :

Naphtol $\beta$		10	gr.
Lanoline	àà	20	gr.

On laisse ces pommades de une demi-heure à une heure pendant quelques soirs, puis lotion à l'eau chaude. py

lav

3 1

de

ce

po

pe

pr

po

au

as

pe

de

de bo di ég On utilisera aussi dans ces cas les pommades de chrysarobine et d'acide

pyrogallique à 10 et 20 0/0.

Relativement à l'hyperhidrose des pieds, il faut recommander des lavages avec l'eau tiède, matin et soir, et si cela est nécessaire, même plusieurs fois chaque jour, le changement de bas et de chaussures 2 à 3 fois par jour. Après le lavage, friction avec des liquides astringents, eau-de-vie, eau de Cologne, etc.

Pour éviter les rhagades douloureuses qui se produisent souvent dans

ces cas, faire des onctions avec de la lanoline salicylée à 2 0/0.

On peut dans certains cas remplacer la pommade par une poudre composée d'acide salicylique et de talc. Si malgré ces moyens la maladie résiste, on aura recours à l'acide chromique; mais on obtient les meilleurs résultats avec la pommade d'Hebra ou de lanoline boriquée à 10 0/0.

Si dans le traitement de la sueur des pieds on peut toujours, avec un peu de persistance, compter sur un succès absolu, il n'en est pas de même de l'hyperhidrose de la face, du creux des aisselles et des mains, dont le

pronostic est incomparablement plus défavorable.

Il faut lotionner fréquemment la face avec de l'eau de Cologne et poudrage consécutif; lavage fréquent des mains avec de l'alcool, une solution de tannin à 1/2 0/0, de l'eau de Cologne, etc. Porter des gants d'étoffe au lieu de gants glacés.

Pour les aisselles, lavages répétés avec de l'eau de savon et des liquides

astringents.

On peut faire rentrer encore dans le domaine de la cosmétique la rougeur et l'état rugueux du dos des mains et les crevasses, principalement pendant l'hiver. Dans ces cas, on doit éviter les lavages fréquents, employer des savons alcalins durs, puis friction avec de la crème de lanoline dont on appliquera pour la nuit une couche plus épaisse, et par-dessus des gants.

Contre les engelures non ulcérées on recommandera les lavages avec

des liquides astringents, surtout de l'alcool.

Le collodion élastique employé avec précaution donne parfois de très bons résultats par suite de la compression qu'il exerce sur les vaisseaux dilatés. On peut employer aussi la teinture d'iode seule ou mêlée à partie égale de teinture de noix de galle, ou dans la proportion de 10 à 20 0/0 avec le collodion.

On prescrit aussi l'ichthyol en pommade à 50 0/0, voire même pur. Voici encore quelques formules qui peuvent rendre des services.

Acide tannique		
Glycérine ou alcool camphré	50	gr.
pour frictions.		
Acide tennique	9	orn

Acide tannique	2 8	r.
Esprit-de-vin	5 g	gr.
Collodion	20 g	gr.
Teinture de benjoin,	2 g	ŗ.

pour badigeonnages (Paschkis).

ANN. DE DERMAT. - 3º sie. T. IV.

Camphre	3	gr.
Lanoline		•
Vaseline jaune	19	gr.
Acide hydrochlorique pur	2	gr.
pour frictions le soir (Carrié).		
Baume du Pérou	5	gr.
Mixture oléobalsamique)	90	gr.
Mixture oléobalsamique	30	gr.
pour badigeonner les engelures (Rust).		
Alun)	-	
Alun	2	gr.
Eau de roses	150	gr.
Teinture de benjoin		gr.
Appliquer des compresses imbibées de cette solution.		
Alun	4	gr.
Jaune d'œuf cuit		1.
Glycérine		gr.
pour usage externe (Husemann).		-

Les affections qui sont justiciables de la cosmétique ne sont jamais dangereuses, toutefois le médecin méritera la reconnaissance de ses clients, principalement des dames, si par la guérison ou l'atténuation de ces petites maladies il dément ce mot de Méphisto:

Vous étudiez le grand et le petit monde pour à la fin le laisser aller comme il plaît à Dieu.

A. Doyon.

Épithéliome kystique bénin. — J. A Fordyce. Multiple benign cystic epithelioma of the skin. (Journal of Cutaneous and genito-urinary diseases, décembre 1892).

Oss. I. — La malade est une jeune fille de 19 ans, dont les quatre frères n'ont aucune affection cutanée. C'est vers l'âge de 6 ans qu'elle a remarqué pour la première fois, l'apparition de petits boutons sur la tempe gauche et vers le front. Tout d'abord, ils avaient la grosseur de têtes d'épingle, puis ils grossirent peu à peu jusqu'à atteindre les dimensions d'un pois. Peu après le début, on vit se produire des éléments éruptifs sur la face, le cou et derrière l'oreille gauche. A l'heure actuelle, on voit disséminées çà et là, sur le front, les tempes, les paupières, les joues, le nez, vers les oreilles, le cou et le cuir chevelu, de nombreuses tumeurs translucides, ressemblant à des perles. Il y en a de 15 à 20 à la région interclaviculaire, et quelques-unes çà et là sur la partie supérieure de la poitrine.

Presque partout les éléments éruptifs sont discrets : cependant en un ou deux points existent des masses formées par la confluence de deux ou trois d'entre eux.

Ils sont enchàssés dans le derme et font saillie à sa surface : au toucher ils sont fermes et indolents; les plus volumineux sont tendus, brillants et faiblement mobilisables. Ils ont d'ordinaire la forme d'un dôme aplati,

que teni gio tel e à le sép non mêi La 0 gue poi Ell vis ten qu' 1

sur

per

nin

alle

mo

par

pai

da

801

011

ma ell

sir

.

co

pi

quelques-uns des plus petits sont acuminés; un certain nombre présentent une dépression centrale qui les fait ressembler à du molluscum contagiosum. Leur coloration ne diffère que peu de celle de la peau voisine ; quelques-uns ont une teinte d'un jaune pâle. Leur aspect translucide est tel que l'auteur a essayé d'en ponctionner quelques-uns; il n'a obtenu qu'un léger écoulement sanguin. La plupart des plus grosses tumeurs présentent à leur surface de fines dilatations vasculaires, et dans les intervalles qui séparent les lésions se voient des télangiectasies et des taches pigmentaires noires. Enfin, disséminées çà et là sur les téguments, on trouve de nombreuses petites papules de la même grosseur, de la même forme et du même aspect que les éléments du milium. Les muqueuses sont normales. La figure de la malade a un aspect huileux; elle transpire facilement.

OBS. II. — La mère de la première malade présente des lésions analogues à celles de la fille; elles semblent en être la reproduction exacte au point de vue des dimensions, de l'aspect et de la distribution générale. Elle a remarqué pour la première fois la présence de cette éruption au visage, à l'âge de 15 ans. Il paraît d'ailleurs que son père avait sur la tempe un groupe de tumeurs analogues. Chez elle, les lésions ont graduellement augmenté d'année en année, sans lui causer d'autre ennui

qu'une légère démangeaison pendant l'été.

Examen histologique. - L'auteur a excisé six de ces tumeurs siégeant sur la face et le dos pour en faire l'examen histologique : il les a placées pendant une demi-heure dans une solution de sublimé, puis il les a durcies à l'alcool : il a coloré les coupes avec de l'hématoxyline, de la safranine et du carmin. A un faible grossissement on voit que le derme contient une grande quantité de masses irrégulièrement arrondies, ovalaires, et allongées, qui se colorent mieux que les tissus périphériques. Sur quelques coupes ces amas cellulaires sont tout à fait distincts les uns des autres, tandis que sur d'autres ils communiquent entre eux. A un grossissement moyen ils rappellent tout à fait l'aspect de l'adénome des glandes sudoripares de Perry et justifient le nom d'hydradénome donné à cette affection par quelques-uns des premiers observateurs. A un fort grossissement on voit qu'ils sont constitués par des cellules épithéliales qui ont la même apparence que celles des couches profondes de l'épiderme. Ils sont contenus dans un tissu connectif qui a subi un processus marqué d'épaississement et d'induration. Tandis que sur certaines coupes les cellules épithéliales sont serrées les unes contre les autres de façon à constituer des masses sans structure apparente; sur d'autres elles forment des traînées de deux ou plusieurs cellules d'épaisseur qui sont enchevêtrées ensemble de la manière la plus compliquée, qui se ramifient dans le derme, reliant entre elles les masses cellulaires ou paraissant indépendantes; les plus étroites simulent des conduits glandulaires, mais sans lumière centrale visible.

Dans quelques tumeurs la structure est plus compliquée; on y voit les « perles » et les globes épidermiques de l'épithéliome à tous leurs stades de développement. On trouve des kystes limités par des cellules aplaties contenant de l'éléidine et qui renferment des détritus et des granulations pigmentaires d'un brun foncé ou presque noires.

Sur la plupart des coupes, on voit que toutes les cellules des masses

déjà décrites sont colorées d'une manière uniforme; dans quelques-unes cependant les cellules centrales sont beaucoup moins colorées ou même ne présentent que quelques noyaux.

On trouve aussi d'autres kystes en apparence isolés dans le tissu connectif. D'autre part, on observe quelques petits kystes à contenu homogène dans les amas cellulaires : ils sont probablement dus à la dégénérescence colloïde de ces cellules.

Sur les premières tumeurs qu'il a examinées, l'auteur n'avait pas observé de rapports entre les néoplasies et l'épiderme et les glandes cutanées. Mais, lorsqu'il a examiné les tumeurs présentant une dépression centrale, il a vu la couche basale de l'épiderme proliférée former la couche périphérique des masses cellulaires.

Bien que cette histologie rappelle tout à fait celle de l'épithéliome malin, il n'en est pas moins vrai que l'aspect clinique et l'évolution de la maladie empêchent absolument de poser ce diagnostic.

L'auteur rappelle ensuite les recherches de Darier et Jacquet, de Török, de Quinquaud, de Philippson, de Brooke, etc... Il différencie cette affection du colloïd milium, il en étudie les rapports avec les adénomes sébacés congénitaux de Pringle, et il termine en conseillant l'extirpation chirurgicale de ces petites tumeurs avec la curette tranchante. L. B.

# Érythèmes. — HUTINEL. Notes sur quelques érythèmes infectieux. (Arch. gén. de méd., septembre et octobre 1892.)

Dans ce travail, M Hutinel étudie les érythèmes qui apparaissent au cours de certaines maladies infectieuses (fièvre typhoïde, diphtérie, rougeole, scarlatine et angines simples). Ces érythèmes appartiennent aux différentes variétés de l'érythème polymorphe; les diverses formes éruptives peuvent coexister, se succéder, se transformer chez le même sujet, comme si la même influence morbide agissait d'une façon variable suivant son intensité, suivant l'état des sujets et suivant l'irritabilité propre du tégument. Certains érythèmes extrèmement discrets et limités, peuvent être accompagnés de phénomènes généraux graves, tandis que d'autres, infiniment moins malins, s'étendent à la notabilité du tégument. C'est le malade qui fait son érythème, l'infection et la toxémie n'en sont que l'occasion.

L'éruption a pour lieu d'élection habituelle les poignets, les coudes, les genoux, les malléoles, les fesses; si elle se généralise, c'est par progresgression centripète, elle peut alors envahir le tronc et même la face. Elle est généralement symétrique et dure peu; le plus souvent, elle disparaît sans laisser de traces. Elle se reproduit parfois, particulièrement dans les formes graves, jamais elle ne s'accompagne d'éruptions similaires sur les muqueuses; par contre, il existe souvent, quand elle survient, des lésions des lèvres, de la bouche, du pharynx, etc.

M. Hutinel, passant en revue les particularités présentées par ces érythèmes au cours des différentes maladies dans lesquelles il les a rencontrées, décrit dans la lievre typhoïde, à côté des érythèmes bénins signalés par beaucoup d'auteurs, des érythèmes malins pouvant entraîner la mort en deux ou trois jours. Il en rapporte six cas qui se sont produits, en

XUM

deh

mo

Che

con

la l

pro

saie

gèr

de d

app

pera

obs

roug

que

poly

pur

tion les

tion

dan

nier

jour Da

prop vées

des

mala

sur de l'

d'esp

moin

et ur

asso

dans

une

secon

défau

un p

procl

ral b

dont

sujet

L

dehors de toute médication intempestive, au cours de fièvres typhoïdes de moyenne intensité : un seul cas mortel a été observé dans la convalescence. Chez tous ces malades, l'éruption fut précédée par l'apparition d'aphtes confluents sur la langue et les lèvres, par des fissures, particulièrement à la lèvre inférieure, dans un cas par une hémorrhagie intestinale. Ce qui caractérisait surtout l'état des enfants mortellement atteints, c'était la prostration et l'adynamie; des vomissements survenaient et se reproduisaient au moindre mouvement; la température, après une ascension passagère, tombait parfois au-dessous de 37°; puis, après avoir oscillé autour de ce chiffre, pendant deux ou trois jours, remontait à 40° et plus, aux approches de la mort. Le pouls suivait une marche parallèle à la température.

Les érythèmes survenus chez les enfants atteints de rougeoles ont été observés dans le pavillon consacré à l'isolement des rubéoleux atteints de rougeoles graves et compliquées; tous les enfants de ce pavillon ou presque tous ont des broncho-pneumonies. Ces érythèmes ont eu le caractère polymorphe, jamais l'aspect scarlatinoïde, mais ils ont été purpuriques dans trois cas; ils ont coexisté le plus ordinairement avec des bronchites purulentes ou des broncho-pneumonies à streptocoques; quand les altérations pulmonaires ont fait défaut, des lésions graves ont pu être notées sur les lèvres dans la bouche et dans le pharynx. Quant à l'époque d'apparition de l'érythème, cinq fois il suivit de près l'éruption de la rougeole, dans un cas celle-ci n'avait disparu que depuis deux jours, dans les autres elle était éteinte depuis quatre, six, sept ou huit jours; enfin chez un dernier malade, cette apparition fut beaucoup plus tardive : elle eut lieu seize jours après l'éruption de rougeole.

Dans la diphtérie, les érythèmes ont été notés 12 fois sur 95 cas, cette proportion extraordinaire s'expliquerait par la gravité des diphtéries observées et aussi par le milieu dans lequel elles se sont produites (hospice des Enfants-Assistés). Les érythèmes qui accompagnent le début de la maladie disparaissent rapidement et ne paraissent pas influer beaucoup sur le pronostic. Par contre, ceux qui surviennent à une période avancée de l'infection diphtéritique, alors même que l'amélioration obtenue permet d'espèrer la guérison, ont en général une gravité très grande. Lorsque tous les enfants qui en sont atteints succombent sinon à une première, du moins à une deuxième ou à une troisième poussée. Les signes qui permettent de redouter leur apparition sont les lésions des lèvres, de la bouche et une réapparition dans la gorge de fausses membranes à streptocoques associées parfois au staphylocoque doré, rarement au bacille de Læffler.

Pour la scarlatine, M. Hutinel croit que les éruptions qui surviennent dans la convalescence de cette maladie et qui ont été considérées comme une pseudo-récidive, ne sont que des érythèmes causés par une infection secondaire. En effet, dans ces fausses rechutes, la fièvre fait souvent défaut et l'éruption plutôt morbilliforme que scarlatinoïde se présente avec un polymorphisme et certaines localisations de prédilection qui la rapproche singulièrement des érythèmes. Le pronostic de ceux-ci est en général bénin, mais comme pour la fièvre typhoïde et la diphtérie, l'infection, dont l'érythème n'est qu'une manifestation, varie de gravité suivant les

sujets et surtout suivant les milieux.

le

28

En dehors de la scarlatine, c'est surtout dans les angines à streptocoques que M. Hutinel a noté des érythèmes ; mais certaines angines à staphylocoques peuvent en occasionner et il est possible qu'il en soit de même pour les angines à pneumocoques. Dans tous les cas recueillis par l'auteur. la guérison fut assez rapide, quelle que fût la variété des formes éruptives : il semble donc que l'infection pharyngée n'étant point aggravée par une infection antérieure ou concomitante, comme dans la diphtérie, ou dans la rougeole, reste bénigne.

Quant à la pathogéuie de ces érythèmes qui se montrent à titre exceptionnel dans des maladies aussi dissemblables que la fièvre typhoïde, la diphtérie, la rougeole, etc., ils ne sont pas assurément sous la dépendance immédiate de ces maladies puisqu'ils surviennent aussi bien dans la convalescence qu'à la période d'état, et qu'on les voit se produire par séries dans les hôpitaux d'enfants, alors que rien de pareil n'existe dans d'autres milieux. M. Hutinel pense qu'ils sont dus à une infection secondaire qui vient troubler le cours de la maladie première, qui l'aggrave ou qui lui succède. Cette infection n'est pas produite par certains micro-organismes développés dans le sang, il ne les a jamais trouvés; elle est due à une streptococcie secondaire. L'auteur a, en effet, remarqué que tous les enfants atteints d'érythèmes avaient présenté des fissures sur les lèvres, des ulcérations buccales ou pharyngées au niveau desquelles il a trouvé des micro-organismes nombreux parmi lesquels dominaient des streptocoques. Pour l'angine diphtérique, ils apparaissent toujours au moment où le bacille de Klebs disparaissait et où l'érythème se montrait. Ce sont les streptocoques qui jouent le rôle important dans l'apparition de ces diverses éruptions. Ces associations microbiennes aggravent singulièrement la maladie, et dans la diphtérie comme dans la rougeole avec complication de streptococcie, la maladie prend une marche plus rapide, l'haleine devient fétide, l'engorgement des ganglions cervicaux considérable ; il y a des bronchites purulentes et des broncho-pneumonies.

Le traitement consiste à soigner les malades comme des intoxiqués qu'ils sont (lait, alcool, café, quinine, oxygène, etc.); il faut insister sur l'antiseptie de la bouche, de la gorge, des narines, faire de l'isolement de la désinfection des salles, etc.

Erythème scarlatiniforme. — HENRY WILLIAM BLANC. A case of skin Shedding (Journal of cutaneous and genito-urinary diseases, janvier 1893, p. 11.)

L'observation que l'auteur publie ne lui est pas personnelle : elle lui a été envoyée par le Dr Bolton. Il s'agit d'une servante de 20 ans, qui prit froid le 6 mai, eut des nausées, des vomissements, des douleurs, se purgea et se mit au lit le lendemain. Le Dr Bolton la vit le 9 mai et la troiva avec une température de 99º,6 Fahr., un pouls à 104, des nausées, des vomissements, des étourdissements, un violent mal de tête, le visage tuméfié, la face, le cou et la partie supérieure du tronc couverts d'une éruption érythémateuse telle qu'il semblait que la malade cût été exposée à l'action d'une chaleur intense. Elle reconnut d'ailleurs qu'elle avait en

des tion des me ca ; L cro

atta

cas

mes

qui tem Tot enti into par que lopp

l'ér

l'es

drai

d'ip

pou rent déte aura lise

F la n peti dans la re pect

Des

issu

A vein hém une des éruptions analogues en février 1890 et en août 1891. La desquamation commença à se produire le 12 mai; le 31 mai, 25 jours après la première poussée éruptive, elle en eut une deuxième; elle perdit les ongles des doigts et des orteils ainsi qu'elle l'avait fait d'ailleurs lors des deux précédentes éruptions. Comme médicaments on lui calma ses vomissements avec l'oxalate de cérium, puis on lui donna du calomel et de l'ipéca; on lui enduisit la peau de vaseline et de quinine.

L'auteur fait suivre la relation de ce cas de quelques remarques : il croit pouvoir affirmer que l'impression seule du froid peut produire une attaque d'érythème exfoliatif récurrent; il cite à l'appui de son dire le cas d'un étudiant qu'il a observé. Il fait remarquer que dans ces érythèmes le pouls est relativement lent; la température assez peu élevée, ce qui les différencie de la scarlatine; leur courte durée les distingue net-

tement de la dermatite exfoliative.

Nous regrettons de trouver dans ce travail d'importantes lacunes. Tout le monde sait à l'heure actuelle les étroites relations qui existent entre les érythèmes scarlatiniformes desquamatifs récidivants et les intoxications médicamenteuses. On doit maintenant, en présence d'un cas pareil, s'efforcer avant tout d'en préciser la pathogénie. La malade en question avait-elle pris un médicament quelconque susceptible de développer un érythème scarlatiniforme? Avait-elle en particulier pris du mercure? Quel était ce purgatif qu'on lui a donné avant l'apparition de l'éruption? Il y a néanmoins une circonstance qui nous fait croire que dans l'espèce on ne peut qu'avec une certaine circonspection soupçonner l'hydrargyrisme, c'est qu'elle paraît avoir pris ultérieurement des paquets d'ipéca et de calomel (deux substances susceptibles de provoquer des poussées d'érythème scarlatiniforme!) et cela sans inconvénients apparents. Il est donc peu probable qu'une purgation avec du calomel eût déterminé l'apparition de l'éruption. Il n'en est pas moins vrai que l'auteur aurait dù entrer dans tous ces détails dont l'absence ne permet pas d'utiliser son observation. L. B.

Érythème noueux. — ORILLARD et R. SABOURAUD. Érythème noueux au cours d'une septicémie à streptocoques. (La Médecine moderne, 8 février 1893, p. 122.)

Femme de 23 ans, atteinte d'ordème considérable de l'avant-bras et de la main avec tuméfaction du bras d'apparence phlegmoneuse; en outre, petites tumeurs, d'un rouge livide, au nombre de 12 environ, incluses dans la peau et faisant corps avec elle, occupant la région deltoïdienne, la région pectorale et la région xiphoïdienne et rappelant absolument l'aspect de l'érythème noueux; mort 4 jours après le début des accidents. Des débridements de la main, de l'avant-bras et du bras n'avaient donné issue qu'à de la sérosité et à du sang.

A l'autopsie, au centre d'une nodosité sous-cutanée, on trouve une veinule, énormément dilatée, thrombosée et autour d'elle une infiltration hématique du tissu cellulaire avoisinant. Le sang d'une nodosité donna une culture pure de streptocoques; un fragment de peau, au niveau d'une

nodosité, renfermait une veine dont le calibre était obstrué par un caillot énorme dans les îlots fibrineux duquel on trouvait des pelotons de streptocoques disséminés; en outre on voyait des chaînettes de streptocoques au milieu des globules sanguins contenus dans les effractions vasculaires situées le long de la paroi de la veinule et des veinules afférentes.

De cette observation, les auteurs concluent, ce qui demande confirmation pour être appliqué à la totalité des cas, que dans l'érythème noueux la nodosité est due à la thrombose microbienne d'une veinule sous-cutanée et l'érythème de son pourtour à une extension sur place du nouveau foyer microbien.

GEORGES THIBIERGE

lière

påle

méd

vicu

s'ob

mer

qu'à

pâle

y a crei tout

tens

aur

pea

rés

jan

din

les

pre

Le

ce

pe

501

d'i

ré

ca

ce

de

co

m

(

Erythrodermie exfoliante. — Philippson. Eine Form von Erythrodermia exfoliativa. Besnier-Dovon). Berliner klin. Wochenschrift, 1892, p. 186.)

L'auteur a observé dans la clinique d'Unna un homme de 56 ans, d'une bonne santé, sans maladie de peau antérieures qui, depuis 18 mois, présentait un épaississement de l'extrémité des doigts de la main gauche avec exfoliation, sans cause extérieure appréciable. Peu à peu sur d'autres points des doigts et sur la paume de la main survinrent des épaississements analogues et semblables à des œils-de-perdrix, la peau desquamait et était le siège de démangeaisons. Quelques jours plus tard il se produisit sur la face de flexion de l'avant-bras gauche, près de l'articulation de la main, une tache rouge, squameuse, prurigineuse. Quelques mois plus tard tout le bras gauche était envahi, avec tuméfaction de la main et du bras. En même temps les mêmes symptômes se manifestèrent à droite, mais à un moindre degré. A cette époque on diagnostiqua un eczéma.

État actuel. Les membres supérieurs, les régions pectorales et lombaires, les creux poplités, mais principalement les bras sont envahis par la maladie. La main et le bras jusqu'à l'épaule sont très tuméfiés, rouges; les mains sont à demi-fermées. La couche cornée sur la face de flexion des doigts et à la paume des mains est très épaissie. La paume des mains est sillonnée de rhagades profondes, avec sécrétion légère La couche cornée épaissie ne se desquame qu'à l'extrémité des doigts.

Sur le dos des mains et la face d'extension des doigts il y a un œdème dur ; çà et là, taches rouges irrégulièrement limitées. Ongles normaux. L'œdème a envahi tout le bras et s'étend là aussi jusque dans le tissu souscutané. La rougeur affecte surtout la surface de flexion et gagne de là la surface d'extension. La rougeur est diffuse et uniforme, parsemée çà et là d'îlots plus clairs. Ces parties sont le siège d'une défurfuration qui se produit sous forme de très petites squames minces, brillantes, très adhérentes remarquables surtout par l'éclat qu'elles donnent à la peau. Si l'on examine le bord des parties rouges pour étudier le début de l'affection, on trouve comme premier symptôme des taches très rouges, très rapprochées, de la dimension d'une tête d'épingle, séparées par les sillons de la peau et recouvertes d'une couche cornée lisse, brillante ; la confluence d'un grand nombre d'entre elles donne au toucher une sensation de rugosité particu-

lière. La rougeur est interrompue en différents points par des parties plus pâles ou d'aspect presque normal. Sur le tronc, les régions atteintes sont symétriques. Des deux côtés une rougeur pâle, diffuse part de la portion médiane de l'épaule, se dirige vers la ligne médiane en passant sur la clavicule et s'étend jusqu'au niveau de la deuxième côte. La même coloration s'observe sur la partie inférieure du thorax de chaque côté et sur l'abdomen. La région deltoïdienne, le cou, le sternum et son prolongement jusqu'à l'ombilic sont indemnes. Les parties malades sont rouges mais plus pâles que les bras, avec desquamation très légère. Sur le reste du corps il y a quelques taches rouges; par exemple, au niveau des aisselles et des creux poplités. La tête et les pieds sont indemnes. Prurit très pénible, surtout aux mains et aux bras, à un moindre degré sur le tronc; sensation de tension. Depuis le début de l'affection le malade dit que la transpiration aurait cessé aux bras et aux mains.

Comme traitement : enveloppement des mains et des bras avec des emplâtres de plomb phéniqué qui amenèrent l'assouplissement de la peau, la disparition de la rougeur, de l'œdème et des rhagades. Puis l'application d'une pommade de chrysarobine à 5-0/0 donna de très bons résultats. Après 5 semaines, le prurit n'avait pas encore complètement cessé, ni la rougeur des bras entièrement disparu, mais le tronc et les jambes avaient repris leur aspect normal, les mains avaient beaucoup diminué de volume, la couche cornée n'était plus que très peu épaissie, les rhagades étaient cicatrisées.

Ce qu'il y a de particulier dans ce cas c'est l'ædème des bras et des mains, dont les causes sont inconnues et en outre le prurit qui figurait au premier rang des malaises subjectifs. Le diagnostic dermatographique de ce cas serait donc érythème chronique prurigineux avec desquamation. Les affections de ce genre ne sont pas rares après l'eczéma, le psoriasis ou le lichen ruber. Mais la rougeur et la desquamation ne forment alors qu'une période dans le cours de ces différentes maladies, tandis que dans ce cas l'érythème est survenu immédiatement comme érythème, et indépendamment de toute autre affection. Hebra a introduit en dermatologie sous le nom de pityriasis rubra un tableau morbide analogue à celui-ci, mais il ne comprend que des cas graves dans lesquels la rougeur et la desquamation s'étendent à tout le corps dans l'espace de quelques mois, d'un à deux ans, et dans lesquels une terminaison fatale survient presque régulièrement avec marasme général et atrophie de toute la peau. Dans le cas actuel, bien que l'affection durât depuis 18 mois, l'état général du malade n'était nullement altéré, quoiqu'il ait souffert d'un violent prurit, et d'autre part le traitement a eu une influence absolument favorable.

C'est à l'école française que revient l'honneur d'avoir élargi le sens du pityriasis rubra d'Hebra: elle a fait ainsi une place pour les cas comme celui rapporté ci-dessus. Brocq a réuni dans un groupe morbide toutes les inflammations superficielles de la peau qui s'accompagnent de rougeur et de desquamation survenant, non dans le cours ou à la suite d'eczémas, de psoriasis ou de lichen plan, mais qui se manifestent dès le début comme maladies indépendantes; ce ne sont pas des érythèmes secondaires mais des érythèmes essentiels primaires. Dans cette classe il faut, en pre-

mier lieu, ranger les dermatites scarlatiniformes fébriles à desquamation abondante qui peuvent avoir une marche aiguë, subaiguë et chronique. En second lieu il faut y rattacher le pityriasis rubra plus grave d'Hebra et en troisième lieu un pityriasis rubra subaigu bénin. Ce dernier se distingue des dermatites scarlatiniformes par l'absence de fièvre, par la desquamation plus fine et par la non participation des poils et des ongles à la maladie, tandis que d'un autre côté, il se sépare, par son évolution bénigne et plus courte, du pityriasis rubra d'Hebra avec lequel il a d'ailleurs beaucoup de ressemblance.

D'après Brocq il faudrait rapporter le cas ci-dessus à ce pityriasis rubra bénin. Besnier et Doyon se placent dans les points les plus essentiels au même point de vue que Brocq; ils comprennent les cas dont il est question ici dans les érythrodermies exfoliantes. Ils rangent dans ce groupe les affections à marche aigue et celles à marche chronique. Parmi ces dernières se trouvent le pityriasis rubra (Hebra) et les dermatites dans lesquelles il y a, outre une rougeur chronique et une fine desquamation, un épaississement et une in filtration de la peau.

En raison de ce derrier symptôme les auteurs français parlent de dermatite lymphoïde et signalent une particularité qui existait aussi dans le cas actuel sous forme d'œdème dur des mains et des bras, outre de l'inflammation superficielle de la peau.

En résumé, outre le type décrit par Hebra, il faut encore en distinguer d'autres, les auteurs français sont les premiers entrés dans cette voie. Ils déclarent toutefois que leurs divisions ne sont que provisoires et que des observations nouvelles et exactes sont nécessaires pour établir de véritables unités morbides.

A. Doyox.

Folliculites décalvantes. — A. Ducrey et R. Stanziale. Contributo clinico, anatomo-patologico e batteriologico allo studio di alcune affezioni delle regioni pelosi (volto e cuoio capelluto) con esito in atrofia. (Giornale italiano delle malattie veneree e della pelle, juin 1892, p. 239.)

Les auteurs reprennent, avec sept observations personnelles, l'étude de l'affection — ou mieux, peut-être, des affections, — désignée sous les noms de folliculite destructive (Quinquaud), ou décalvante (Brocq), alopécie innominée (Besnier), acné décalvante (Lailler).

Ils divisent leurs observations en deux catégories. Dans la première catégorie, les lésions inflammatoires étaient très marquées et caractéristiques, le début s'est fait sous forme d'éléments acnéiques ou de nodules de sycosis ou simplement de légère infiltration uniforme du derme avec rougeur et prurit; l'affection était caractérisée par la formation constante de suppurations folliculaires isolées avec rougeur interfolliculaire et production consécutive de croûtes et de squames, ou d'une légère infiltration diffuse avec très petites vésicules et suppuration secondaire ou accidentelle; parfois le processus inflammatoire était plus intense, atteignait les couches profondes du derme, et déterminait des infiltrations nodulaires sycotiques, ou encore il restait superficiel, donnant lieu à une sécrétion

pui

sur

SOU

dai

vel

plu

pre

d'u

pil

bri

de

len

inf

rat

qu

me

000

alo

poi

qu

s'a

dé

bo

un

de

ch

ga

to

en

se

di

1

puriforme avec macération des couches épidermiques et formation d'une surface papillomateuse; les lésions débutaient ordinairement sur les joues, souvent d'une façon symétrique, quelquesois à la région des favoris, s'étendaient progressivement et envahissaient graduellement toutes les régions velues du visage; dès le début, les poils s'arrachaient très facilement, le plus grand nombre avaient une gaine épaisse et succulente, ils tombaient successivement à mesure que l'affection s'étendait et leur chute était la preuve de l'arrêt du processus inslammatoire à leur niveau, elle était suivie d'une phase involutive, de l'absorption graduelle et lente des produits inslammatoires et de l'atrophie complète du corps papillaire et du système pilo-sébacé, caractérisée par la production d'une cicatrice plane, lisse, brillante, d'abord rouge vis ou rosé, et plus tard d'un blanc mat; la marche de l'affection était lente, éminemment chronique, durant des années, plus lente encore dans les cas où la lésion était caractérisée par une simple

infiltration dermique, avec peu ou pas d'éléments suppurés.

Dans les cas de la 2e catégorie, l'affection débutait par une simple coloration rosée un peu violacée, sans le moindre indice de folliculite, de sorte que les malades ne s'apercevaient que de l'existence d'une tache alopécique, en même temps qu'un examen attentif de tout le cuir chevelu permettait de reconnaître, en des points disséminés et souvent à la région occipitale, une marbrure rouge, plus ou moins circonscrite de la peau avec alopécie irrégulière ne formant pas de véritables taches; en quelques points seulement on trouvait de petites saillies punctiformes, plus appréciables au toucher qu'à la vue, correspondant aux follicules pileux; en quelques jours, les cheveux tombaient abondamment et ceux qui restaient s'arrachaient sous l'influence de la plus légère traction ; l'affection débutait habituellement par une tache unique occupant le synciput, suivie du développement d'autres taches voisines qui se réunissaient en une seule large tache irrégulière, et sur les taches alopéciques on voyait persister des bouquets de poils ou des poils isolés; lorsque la lésion avait atteint un certain degré de développement, la peau des régions alopéciques prenait un aspect caractéristique : d'un blanc mat, notablement amincie et atrophiée irrégulièrement, avec des dépressions pouvant loger la pulpe du doigt, elle rappelait de très près l'atrophie consécutive au favus; sur les bords des plaques et au voisinage des poils persistants, la peau conservait plus ou moins longtemps une coloration rouge violacé, à limites peu nettes; les cheveux, surtout au début de la maladie, s'enlevaient avec la plus grande facilité, ne présentant rien d'anormal qu'une notable succulence de leur gaine externe, quelques-uns seulement étaient un peu plus petits et contournés; sur les bords de la lésion on voyait une légère desquamation, presque furfuracée, formant en quelques points seulement de petits amas; en outre, on voyait, en quelques points et souvent à l'occiput, de petites taches alopéciques disséminées au niveau desquelles la peau avait conservé sa coloration rosée ; l'affection ne s'accompagnait que d'un prurit modéré.

Ducrey et Stanziale tendent à croire que les affections décrites par les divers auteurs sous les dénominations différentes rappelées plus haut ne constituent pas des types cliniques différents, mais des variétés différentes

tes d'un type unique, mais ils reconnaissent que la détermination exacte de leur étiologie pourrait seule permettre de l'affirmer.

Ils proposent de désigner sous le nom de dermatite sycosiforme atrophiante les faits qui constituent leur première catégorie et sous celui de pseudo-area ceux qui constituent leur deuxième catégorie.

Les poils et les tissus avoisinants examinés par les auteurs, dans les cas dont ils rapportent les observations, ne contenaient aucune espèce de parasites; les cultures faites sur différents milieux ont été généralement stériles, sauf lorsqu'elles étaient faites avec des poils provenant de follicules infiltrés avec suppuration plus ou moins évidente, auquel cas elles ont donné le staphylocoque pyogène.

L'examen histologique des poils ne montre aucune altération digne d'être notée. L'examen de la peau permet de constater un processus inflammatoire, débutant dans l'épaisseur du chorion pour s'étendre ensuite aux tissus périfolliculaires et aux organes glandulaires annexés aux poils; ultérieurement, à la phase régressive du processus, l'infiltration est résorbée avec atrophie scléreuse du tissu conjonctif du derme et destruction complète des follicules pileux et des glandes sébacées; il s'agit en somme d'une dermite avec périfolliculite, aboutissant, avec ou sans intervention d'un processus suppuratif, à l'atrophie du derme et à la destruction du système pilo-sébacé. Au point de vue anatomique, ce processus a quelque analogie avec l'acné chéloïdienne, dont il diffère en ce qu'il est suivi d'atrophie du derme au lieu d'aboutir à la formation d'une chéloïde.

Ducrey et Stanziale ont constaté les mêmes lésions, que l'affection occupe la barbe ou le cuir chevelu, sans trouver de différences caractéristiques susceptibles de les distinguer; il y a seulement lieu de noter que l'infiltration est plus considérable lorsque les lésions siègent dans la barbe.

La dermatite sycosiforme se rencontre ordinairement entre 20 et 30 ans, la pseudo-area plus souvent chez l'adulte; les deux formes se rencontrent uniquement chez l'homme; on les observe dans les conditions sociales les plus différentes. Quant aux causes déterminantes, elles sont absolument inconnues; il semble que la dermatite sycosiforme soit une affection parasitaire et que la pseudo-area soit liée à un trouble tropho-neurotique.

L'affection est très rebelle; les divers agents parasiticides, et en particulier le sublimé, déterminent ordinairement une notable recrudescence des lésions inflammatoires; les résultats fournis par une thérapeutique plus douce (pyoktanine, pommades à base de zinc, de plomb, d'acide borique) sont plus satisfaisants; on arrive ainsi à arrêter les manifestations suppuratives et à modérer l'infiltration et la rougeur, mais ces améliorations sont presque toujours assez fugaces. L'ichthyol, pur ou en pommade, après l'enlèvement des croûtes et l'épilation des plaques atteintes et le lavage à l'esprit de savon donnent également de bons résultats.

GEORGES THIBIERGE.

Lèpre. — Guttierrez Arango. Lepra tuberculosa: tratamiento por la resorcina (Revista medica de Bogota, 1891, p. 519.)

Cas grave de lèpre tuberculeuse à manifestations multiples avec poussées d'érysipèle. Contagion probable. Pendant plusieurs mois, nombreuses

prié se d

méd

de

pou

fris que L sen trai

se !

ma dis niv n'o la j La can viv

l'u ph me tro

L

ap cu ct de

I

il

médications n'ayant amené que de mauvais résultats. En raison des propriétés antithermique, antiseptique et parasiticide de la résorcine, l'auteur se décida à employer cette substance, de la façon suivante :

 Résorcine
 2 gr.

 Sirop de menthe
 300 gr.

de deux à trois cuillerées à bouche par jour.

 Résorcine
 3 gr.

 Vaseline
 30 gr.

pour onctions tous les deux jours sur les tubercules, les ulcères et les taches.

Ce traitement est continué pendant dix mois. Sous son influence, les frissons qui, depuis sept ans, ne quittaient pas la malade et contre lesquels avaient échoué tous les traitements, cessèrent complètement.

La chaleur naturelle remplaça la sensation de glace que la malade ressentait aux pieds. Les troubles dyspeptiques, l'insomnie disparurent ; la transpiration revint. Les érvsipèles ne se montrèrent plus : la menstruation se fit à nouveau régulièrement. Du côté des lésions cutanées, les grandes macules des membres ont considérablement diminué; les tubercules ont disparu et les ulcératious se sont cicatrisées. La sensibilité a reparu au niveau des macules et des tubercules. Seuls les tubercules des conjonctives n'ont pas disparu complètement et quelques petites taies qui persistent sur la pupille gênent encore la vue. Toutes les fonctions se font régulièrement. La malade a remarqué que si l'on augmente la dose quotidienne du médicament ou que l'on diminue la quantité de sucre, il se produit une chaleur vive et aussi des troubles digestifs et des phlyctènes à la peau. Au début, l'usage de la pommade fut peu satisfaisant : elle déterminait les mêmes phlyctènes sur la peau et aux yeux une sensation de cuisson. Ces phénomènes disparurent lorsque la pommade ne fut plus employée que tous les trois ou quatre jours.

L'auteur se demande si indépendamment de ses propriétés antiseptiques et antithermiques, la résorcine n'a pas quelque influence spécifique sur le bacille de Hansen.

PAUL RAYMOND.

# Lèpre. — J. CARREAU. Contribution au traitement de la lèpre. (Brochure in-8°. Pointe-à-Pitre, 1892.)

L'auteur de cette intéressante brochure rapporte qu'il a été frappé par la relation de l'histoire d'un lépreux du Brésil qui succomba 24 heures après avoir été mordu par un serpent à sonnettes, et chez lequel les tubercules s'étaient affaissés promptement après la piqûre. N'ayant pu se procurer du venin de serpent à sonnettes, il eut l'idée d'employer le chlorate de potasse, en se basant sur ce fait que l'intoxication par le venin de serpent présente les caractères d'une hémoglobinémie suraiguë et que précisément le chlorate de potasse, à dose toxique, engendre de la méthémoglobine dans le sang, d'après les recherches de Hayem.

Il fit l'essai chez un malade atteint de lèpre tuberculeuse. Le 11 août 1891, il lui administra 20 grammes de chlorate de potasse, en solution dans

250 grammes d'eau, puis le lendemain 10 grammes ; le 13, le malade avait eu de la diarrhée, mais se trouvait déjà amélioré, les mouvements de la face étaient plus libres qu'avant, les tubercules étaient moins saillants et moins durs. Se basant sur ce que la dose toxique de chlorate de potasse est de 35 à 40 grammes chez l'adulte, et que l'élimination a dû en entraîner une partie, l'auteur en administre 15 grammes, le 13 août; le 15 août, vomissements fréquents, bilieux, garde-robes de même nature, P. 100. T. 39º,1, urines urobilinuriques, albumineuses, subictère; le sang extrait par la ventouse et examiné au spectroscope donne la bande de la méthémoglobine et celles de l'hémoglobine ; le 16 août, urines plus abondantes. un peu moins colorées, P. 108, T. 38º,4, subictère moins prononcé, les tubercules lépreux ont presque disparu, la figure est devenue à peu près plane, les mains ont repris leur volume normal, ainsi que les pieds, la peau des extrémités est entièrement plissée, comme fanée ; syncope à la suite de la station debout ; le 17 août, l'état est bon, l'urine est encore très foncée ; les jours suivants, l'albumine a complètement disparu de l'urine, le malade peut sortir, il a recouvré tous les mouvements des mains, siffle et chante, ce qu'il ne pouvait plus faire depuis longtemps, les tubercules sont affaissés, mais ont laissé sur le visage des inégalités.

L'auteur joint à son travail les photographies du malade, faites à 8 jours de distance, avant et après le traitement, sur lesquelles on peut constater les différences considérables dans l'aspect du visage; mais il n'est pas

question des résultats ultérieurs.

L'auteur rapporte incomplètement l'histoire d'une femme chez laquelle il avait commencé le même traitement, et chez laquelle il a constaté également l'affaissement des tubercules lépreux; la syncope survenue chez le premier malade l'a empêché de poursuivre le traitement chez cette femme.

Georges Thibierge.

# Lèpre. — Garcia et Castaneda. Lèpre. Syringomyélie et maladie de Morvan. (Revista medica de Bogota, 1891, p. 512 et 633.)

Les récentes communications de M. le D<sup>r</sup> Zambaco donnent un regain d'actualité aux deux travaux suivants dont nous avons aujourd'hui seulement connaissance. Ils ont été publiés en 1891 sous forme de lettres échangées entre MM. les D<sup>rs</sup> E. Garcia et G. Castaneda.

La première de ces lettres, celle du Dr Garcia est intitulée Syringomyélie, maladie de Morvan et lèpre anesthésique en Colombie. Après avoir rappelé les discussions qui ont été soutenues en France, notamment, sur la nature de la maladie de Morvan et de la syringomyélie, après avoir rappelé l'opinion du Dr Zambaco au sujet du malade présenté par M. Thibierge à la Société des hôpitaux. M. Garcia rapporte quelques cas de ces différents types, et il montre qu'entre eux la ressemblance clinique est complète. Un clinicien, dit-il, ne trouve pas entre ces trois affections de signes distinctifs. Les autopsies montreront si la lèpre peut présenter les mêmes lésions médullaires que dans la syringomyélie et les recherches microbiologiques donneront la solution du problème. L'auteur termine par les conclusions suivantes :

hu

sic

pr

di

pe

gr

da

ch

ce

si

tr

pl

m

té

pa

au

lig

ar

di

Œ

ta

tr

re

C

La lèpre se montre et se généralise plus facilement dans les climats humides, tempérés ou chauds. La syringomyélie et la maladie de Morvan sont une seule et même chose et elles sont identiques à la lèpre anesthésique ou systématisée nerveuse des tropiques. Il est probable que la syringomyélie d'Europe est une forme fruste de la lèpre, modifiée par le climat, l'hygiène, le milieu social.

A cette manière de voir, le Dr Castaneda répond ainsi : deux ordres de preuves lui paraissent démontrer l'indépendance de la syringomyélie; faits anatomo-pathologiques, faits cliniques. Les lésions médullaires de la lèpre, dit-il, ne ressemblent nullement au gliome. Ce sont des lépromes qui peuvent parfaitement se distinguer aussi bien au point de vue macroscopique que microscopique. Loin de siéger de préférence dans la substance grise centrale, ils sont d'ordinaire périphériques. Le gliome se développe du centre à la périphérie, ce qui est l'inverse pour le léprome. Dans ce dernier, les cellules sont littéralement farcies de bacilles de Hansen : dans le gliome, on n'a pas trouvé ce micro-organisme ou on ne l'a pas cherché (cas de Stewner, Neumann et Langhans). De sorte que, jusqu'à ce que de nouvelles recherches démontrent le contraire, l'auteur considère le gliome comme indépendant par son origine du bacille de Hansen. En clinique, un examen attentif de divers symptômes peut permettre le diagnostic. L'existence des troubles de la sensibilité est de la plus grande importance pour le diagnostic : ils peuvent occuper toute la moitié du corps ou à des degrés divers, tout le corps. Quand ils sont limités, on peut les différencier par leur mode spécial de distribution qui n'est pas celle des nerfs, ainsi que cela se voit dans la lèpre, mais qui se fait au contraire par segments de membres ou par régions limitées par une ligne circulaire très nettement indiquée. La forme très curieuse d'une anesthésie dite en vêtement que Roth a fait connaître, ne peut être produite que par une lésion très considérable de la moelle, tandis que dans la lèpre les lésions sont bien plus limitées. L'étude méthodique de ces zones d'analgésie et de thermanesthésie, jointe à l'existence de la scoliose, des œdèmes des pieds et des mains, des panaris indolents, etc., pourra faire établir le diagnostic de syringomyélie. PAUL RAYMOND.

Edème aigu circonscrit, angéio-neurotique. — Joseph Collins. Angeioneurotic ædema. (The American Journal of the medical sciences décembre 1892, p. 654.)

Le Dr J. Collins vient de publier sur ce que les médecins de langue anglaise appellent l'ædème angéio-neurotique un travail des plus importants qui est à la fois un article original et une revue critique. C'est surtout à Quincke et à son élève Dinkelacker que l'on est redevable de l'introduction de cette nouvelle affection dans le cadre nosologique : elle a reçu d'ailleurs disiérents noms suivant les observateurs : œdème aigu circonscrit, odème aigu idiopathique, odème angéio-neurotique, tuméfaction périodique, urticaire tubéreuse ou œdème géant, œdème aigu non inflammatoire, Australian blight. Bien que l'on ait décrit des cas de cette maladie depuis 1827, on ne l'a vraiment étudiée que depuis 10 ans.

L'auteur en publie quatre cas personnels ; le premier relatif à une jeune fille de 26 ans qui présente toutes les 5 ou 6 semaines depuis plus d'un an des poussées d'ædème localisé siégeant surtout sur la joue gauche, assez souvent sur l'autre joue, et n'ayant aucun rapport avec les règles; les accidents se dissipent en quelques heures: aucune médication n'a paru modifier les retours offensifs de la maladie. Dans le deuxième cas il s'agit d'un homme âgé de 34 ans qui, depuis quatre ans, a des poussées d'œdème localisé à la main gauche et au front : elles reviennent à des intervalles fort variables; tantôt il en a 3 par mois; tantôt il reste deux mois sans en avoir; il croit que le bromure de potassium diminue l'intensité des attaques et les rend moins fréquentes. Dans le 3e cas, il s'agit d'un médecin âgé de 40 ans qui a vu se produire pendant les hivers de 1889 et de 1890 des œdèmes circonscrits au milieu du front ; mais les détails donnés sur ce malade sont absolument insuffisants. Dans le 4º cas, qui est des plus intéressants, il s'agit d'un médecin âgé de 41 ans qui, depuis bientôt quatre ans, présente des tuméfactions périodiques du scrotum qui l'obligent pendant quelques jours à garder le repos. Lorsqu'il eut sa première attaque, sa santé était excellente, et tout d'un coup, sans cause appréciable, sans phénomènes prémonitoires, il vit survenir une tuméfaction considérable et douloureuse du scrotum ; elle augmenta rapidement, jusqu'à prendre le volume d'une tête d'adulte ; le malade eut alors des frissons successifs pendant environ une heure, et une légère élévation de température qui atteignit ensuite peu à peu 102° Fahr., en même temps que se développait un mal de tête qui dura quelques heures, puis qui disparut. Pendant la poussée le scrotum est un peu rouge, pas douloureux ni spontanément ni à la pression; mais la tuméfaction s'accompagne d'une sensation profonde de tension, de cuissons et de démangeaisons. L'attaque se termine brusquement après une durée qui varie de quelques heures à quelques jours, et tous les phénomènes disparaissent alors complètement, sauf une certaine sensation d'endolorissement qui persiste. Après les premières poussées, surtout après celles qui ont duré longtemps le scrotum a desquamé. Dans les premiers temps il avait une poussée tous les mois; maintenant il n'est pas rare qu'il reste plusieurs mois sans en avoir. Le scrotum est fort sensible à l'action du froid, surtout de l'eau froide, et il ensle immédiatement, dès qu'on le met en contact avec elle. Un régime des plus sévères, la suppression absolue du tabac, du vin, des liqueurs n'eurent aucune influence sur l'affection; il en a été de même pour les médicaments de la goutte qui n'ont exercé aucune action. La seule chose qui ait semblé faire quelque bien, c'est la chaleur locale.

La description didactique que l'auteur donne de cette curieuse affection est des plus remarquables. Elle s'appuie sur 65 observations; le Dr Collins a relevé d'ailleurs tous les documents connus jusqu'à ce jour et on en trouvera l'indication bibliographique dans un index annexé au mémoire,

index qui ne comprend pas moins de 63 numéros.

Définition. — Le nom d'œdème angéio-neurotique sous lequel on désigne cette maladie en Amérique, est purement empirique, car il suppose démontrée la pathogénie des lésions. Elles consistent objectivement en l'apparition d'œdèmes circonscrits en certaines régions variables du corps telles

MUX

que

phé

gasi

que

proc

que

trait

mal

on a

Les

suri

teur

hére

mor

que

L

froi

que

ma

rièr

en i

àd

lier

lop

1

l'œ

ten

dai

tio

ľa

d'o

1

É

que le visage, la gorge, les extrémités, sans aucune cause apparente, sans phénomènes prémonitoires ; mais fréquemment il s'y associe des troubles gastro-intestinaux que l'on croit dépendre de la production sur les muqueuses stomacales et intestinales de lésions analogues à celles qui se produisent du côté des téguments. Leur apparition et leur disparition brusques, leurs récidives et leur résistance à la thérapeutique sont autant de traits caractéristiques.

Étiologie. — L'âge moyen où se produit l'affection est 27 ans; c'est une maladie de la première période de l'âge adulte. Cependant les enfants peuvent être atteints, ainsi que le prouve le cas de Dinkelacker dans lequel on a vu un enfant avoir une première attaque à trois mois. D'autre part, il est fort rare qu'elle débute après 60 ans; Goltz en a relaté un exemple. Les hommes sont deux fois plus atteints que les femmes. Il semble que le surmenage intellectuel et corporel en facilite l'apparition. Nombre d'auteurs, en particulier Strubing, Quincke, Falcone ont prouvé qu'elle est héréditaire, mais c'est surtout l'observation si curieuse d'Osler qui l'a démontré.

On ne connaît vraiment comme causes semblant agir sur cette affection que le froid et le traumatisme. Les violentes émotions morales semblent

parfois aussi en favoriser l'apparition.

Les régions le plus souvent atteintes sont le visage (paupières, lèvres, front et joues) et les extrémités (mains et avant-bras); on l'a aussi observée quelquesois au larynx, aux parties génitales, sur le tronc, dans l'estomac (?), et une seule sois aux gencives et au voile du palais, au cou, derrière l'oreille. D'ailleurs cet œdème est mobile et peut passer d'une région en une autre. Assez souvent les attaques surviennent à des heures sixes, à des intervalles réguliers, tous les 12,14 jours par exemple; d'autres sois le retour des accès est tout ce qu'il y a de plus imprévu, de plus irrégulier, de plus long.

Il semble que dans certains cas les régions du corps qui ont été traumatisées ou malades antérieurement sont les lieux d'élection où se développe l'affection : c'est ainsi qu'on l'a vu apparaître en des points où il y avait eu un érysipèle, ou bien qui avaient été le siège de violentes névral-

gies, de douleurs fulgurantes, etc...

Il est possible qu'il faille ranger dans le même groupe nosologique que l'œdème angéio-neurotique les œdèmes menstruels, les œdèmes intermit-

tents rhumatismaux ou palustres.

Symptômes. — Une des grandes caractéristiques de l'affection est la soudaineté de son apparition, et de sa disparition. Parfois le malade éprouve peu avant sa venue une certaine sensation vague de malaise, de paresse, de dépression générale et quelques symptômes gastro-intestinaux. L'œdème se produit rapidement, atteint son complet développement en quelques heures, et ne s'accompagne d'autres phénomènes subjectifs que des sensations causées par sa seule présence, sensations de raideur, de tension et de gène, parfois de brûlure et de prurit, et nullement des symptômes de l'œdème inflammatoire. Les limites de la tuméfaction sont assez nettes d'ordinaire ; dans certains cas la peau est d'un rouge sombre, ou d'un rose foncé, dans d'autres elle est pâle, circuse. Il n'est pas possible d'y impri-

mer une cupule par la pression du doigt, ou bien cette impression est très superficielle et disparaît rapidement. D'après les différents résultats qui ont été obtenus par les observateurs, il est probable que lorsque l'œdème se produit la température locale est un peu augmentée; elle s'abaisse au contraire lorsque l'œdème est sur le point de disparaître.

La période de durée de l'œdème varie de quelques heures à plusieurs jours; puis il disparaît d'ordinaire avec la même rapidité qu'il a mise à paraître; souvent sa disparition en un point coîncide avec son apparition en un autre qui n'a presque toujours rien de commun avec le premier : c'est ainsi qu'on l'a vu passer des lèvres à la crête iliaque, de l'avant-bras aux paupières, etc... D'ordinaire, dans une seule attaque il n'y a guère que deux ou trois régions qui soient ainsi envahies, fort souvent il n'y en a qu'une seule d'atteinte.

Àprès la disparition de la lésion il reste une sensation de lourdeur et d'engourdissement.

L'auteur croit pouvoir affirmer que la lésion se développe parfois du côté de la muqueuse stomacale. Les symptômes que l'on observe dans ce cas sont d'abord une sensation de gêne et de tension, de l'anorexie, de la constipation, de la distension apparente de l'épigastre, une douleur violente, suivie de vomissements et de soif ardente. Les vomissements sont d'abord alimentaires, puis muqueux et abondants. La douleur est parfois tellement intense qu'elle réclame de fortes doses de morphine et cause de l'insomnie. Lorsque la crise est passée il survient souvent de la diarrhée colliquative, s'accompagnant d'une rétraction apparente de l'abdomen, d'une sensation de lassitude générale et de prostration; puis l'affection se montre en un point quelconque du corps si elle a débuté par l'estomac, ou bien tout disparaît si l'estomac a été atteint le dernier.

Il faut bien savoir toutefois que dans la majorité des cas, les symptômes gastriques manquent complètement ou sont peu accusés.

Quand l'affection envahit le larynx, etle peut causer la mort (2 cas dus à Osler), et souvent les symptômes sont assez graves pour réclamer des scarifications et même la trachéotomie. Quand elle envahit le pharynx l'angoisse est moindre, mais il y a une gêne considérable de la déglutition. Ces diverses localisations peuvent s'observer chez le même sujet : on les a vues varier suivant les périodes de la vie (observations de Jeanneret et Quincke).

L'auteur est de l'avis de ceux qui pensent que l'œdème angéio-neurotique est très voisin de la maladie connue sous le nom d'urticaire tubéreuse ou géante; il semble même admettre avec quelques pathologistes que les deux affections n'en font en réalité qu'une seule. Une autre maladie fort voisine de l'œdème angéio-neurotique est cette variété de purpura qui se caractérise par une éruption pétéchiale, des troubles gastro-intestinaux et des œdèmes cutanés circonscrits, elle semble avoir la même origine nerveuse que celle que nous étudions : elle a la même marche, la même évolution.

Durce et pronostic — Ce sont deux éléments qui échappent à toute appréciation, comme il est facile de le comprendre d'après ce qui précède. La maladie peut se borner à une seule attaque, ou bien durer pendant

tout

une

mal

de v

obte

qu'o

obse

nerv

Il es

vasc

péne

grai

qu'il

attri

fréq

tion

d'au

l'urt

œdè

vrai

tant

tiasi

sem

don

mai

bear

la ci

gnit

cone

mor

de l

dist

une

mar

obse

prei

que

m'e

dep

D

M

N

T

toute la vie; cependant on peut dire qu'en moyenne elle disparaît après une période d'activité de deux ou trois ans.

Traitement. — On ne peut conseiller que deux choses: 1° mettre le malade dans les meilleures conditions d'hygiène possibles à tous les points de vue; 2° éviter l'action nuisible du froid. Beaucoup d'auteurs ont cru obtenir de bons effets avec tel ou tel médicament; ce qui est vrai, c'est

qu'on n'en connaît aucun qui soit vraiment utile.

Nature. Pathogénie. — L'auteur discute fort longuement ce point si obscur, et il croit pouvoir conclure que l'on doit faire jouer au système nerveux le rôle principal dans la production de l'œdème angéio-neurotique. Il est probable que le point de départ de la lésion se trouve dans le réseau vasculaire et lymphatique, à l'endroit où ce réseau quitte le chorion pour pénétrer dans les tissus hypodermiques, et que c'est par l'intermédiaire du grand sympathique qu'elle se développe. On ne peut vraiment pas dire qu'il se produise dans cette affection des actions trophiques, car lorsque des troubles trophiques se produisent ils semblent devoir être surtout attribués aux modifications déterminées dans les tissus par les récidives réquentes de l'œdème. En terminant l'auteur répète encore que cette affection au point de vue clinique lui paraît avoir d'étroites relations avec d'autres névroses vaso-motrices telles que le goitre exophtalmique et l'urticaire.

Malgré toute l'importance de ce travail, nous croyons que la question des œdèmes dits angéio-neurotiques est loin d'être épuisée. Entre l'urticaire vraie d'une part et les œdèmes rhumatismaux vrais plus ou moins persistants, subissant la transformation fibro-lipomateuse, et les états éléphantiasiques d'autre part, il existe toute une série de faits dont l'étude d'ensemble s'impose. Que l'on admette qu'il y ait des relations entre l'affection dont on vient de lire la description et l'urticaire vraie, rien de mieux; mais qu'on la fasse rentrer complètement dans l'urticaire comme le font beaucoup d'auteurs à l'heure actuelle, c'est ce que je ne saurais admettre; la circonscription, le volume, l'aspect, l'absence ou tout au moins la bénigité des phénomènes douloureux, l'évolution, etc..., tous ces caractères concordent à en faire un type à part. Pourquoi vouloir fausser les cadres morbides en y faisant rentrer des affections voisines, mais non identiques?

D'autre part, si l'on veut bien relire avec quelque attention l'observation IV de l'auteur, on verra qu'elle présente des caractères assez spéciaux qui la distinguent un peu des œdèmes angéio-neurotiques typiques; ce sont : une certaine rougeur des téguments et surtout des symptômes généraux marqués, fièvre, frissons, céphalalgie, etc... Quand on rapproche cette observation d'autres faits analogues, on voit qu'elle constitue comme un premier échelon d'une série complète aboutissant aux états éléphantiasiques. A ce sujet, je me permettrai de citer en quelques mots un fait qui m'est personnel : Un malade, âgé de 48 ans environ, que j'observe déjà depuis plus de 4 ans, est atteint depuis plusieurs années d'une affection des plus bizarres consistant en tuméfactions limitées au tégument de la verge et au scrotum. Brusquement, sans phénomènes prémonitoires, parfois après une courte période de malaise général, il est pris de frisson, de flèvre variant de 38°,5 à 40°, de céphalalgie, d'accablement, il est obligé de

t

S

S

X

n.

25

et

0-

é-

es

a-

ra

ti-

ri-

la

nte

de.

ant

prendre le lit, et immédiatement la peau de la verge ensle, rougit, devient énorme, et la tuméfaction gagne bientôt le scrotum, lequel n'est cependant jamais aussi atteint que le pénis. Les jours suivants le malaise diminue, la fièvre tombe, mais la tuméfaction ne disparaît qu'assez lentement. Lors des premières attaques elle diminuait cependant assez vite et se résorbait complètement, mais à mesure que les poussées se sont répétées, elle a diminué de plus en plus lentement, de telle sorte que maintenant il persiste d'une manière constante un léger œdème assez élastique, peu dépressible, point coloré du prépuce et de la partie dorsale de la peau de la verge. Il semble qu'il existe dans ce cas comme une sorte de processus éléphantiasique. L'action du froid, et surtout du refroidissement lorsque le malade est en sueur est incontestable sur la genèse des poussées; c'est même la seule cause appréciable que nous ayons pu découvrir. - Comme on le voit, ce fait est encore un peu plus près des états éléphantiasiques que l'observation IV du mémoire que nous venons d'analyser. Il m'a semblé utile de le mentionner ici afin que l'on puisse mieux se pénétrer de la complexitéde ces groupes morbides. L. B.

Pelade. — Ohmann-Dumesnil. Einige erfolgreiche Methoden der Behandlung der Alopecie und der Alopecia areata. (Monastshefte f. prakt. Dermatologie, 1892, t. XV, p. 49.)

On sait que relativement à l'étiologie de l'alopécie en aires, les opinions sont très différentes, les partisans des diverses théories peuvent se répartir en trois groupes : quelques auteurs admettent pour tous les cas d'alopécie en aires une origine parasitaire ; d'autres placent la cause de cette anomalie dans des troubles trophonerveux ; d'autres enfin sont disposés à admettre l'une ou l'autre de ces opinions conformément aux indications spéciales qui existent dans chaque cas.

Sous la dénomination d'alopécie, l'auteur ne comprend naturellement pas la forme sénile ni celle dans laquelle les follicules pileux sont complètement détruits, atrophiés; mais au contraire l'alopécie présénile, fluvium capillorum et l'alopécie en aires. Pour cette dernière affection, les types nerveux et parasitaires sont assez nettement différenciés par l'anamnèse et les caractères objectifs. Les symptômes concomitants existent dans chaque cas et permettent sous le rapport étiologique d'arriver toujours à une conclusion à peu près certaine.

Les malades atteints d'alopécie présénile que l'auteur a eu l'occasion d'observer (abstraction faite de ceux d'origine syphilitique) étaient tous des hommes, la plupart d'un teint blond clair.

Dans tous les cas, les cheveux étaient fins et soyeux, le cuir chevelu assez pâle. Chez quelques-uns il y avait de la séborrhée et la sécrétion était plus ou moins abondante.

Chez tous l'anamnèse indiquait l'existence d'une irritation prurigineuse plus ou moins considérable et la chute graduelle des cheveux, surtout au niveau de l'angle frontal et du vertex. Tous ces individus étaient d'ailleurs de bonne santé et leurs fonctions, sauf peut-être une seule, paraissaient normales. Cette exception consistait en ce que le système nerveux n'avait

Cl

com

Da

pas

l'ét:

par

défi

aya

C

piloc 0,009 résu Da méla chev de la

ployed d'une à 3 (qu'or fricti-

Ap

reux.
Datement ce so Commaffect produ applicant l

différ

Lei

veux

Une de l'a techni l'acide pas cette stabilité et ce calme qui devraient se rencontrer chez l'homme à l'état normal. Cette irritabilité nerveuse est plus ou moins accusée. Une particularité frappante était l'absence de tout espoir en une amélioration définitive de leur maladie sous l'influence du traitement.

Chez ces malades, l'auteur instituait tont d'abord un traitement général ayant pour but d'améliorer le système nerveux. Dans quelques cas il a

prescrit trois fois par jour une des pilules suivantes :

Chez d'autres sujets nerveux il ordonnait le sirop d'hypophosphate composé à la dose d'une cuillerée à café quatre fois par jour avec un milli-

gramme de sulfate de strichnine ajouté à chaque dose.

Dans quelques cas il trouva utile d'appuyer cette médication par de la pilocarpine muriatique, à prendre le soir dans un peu d'eau à la dose de 0,008 milligr. à 0,01 centigr. Ce traitement a constamment donné de bons résultats.

Dans la forme parasitaire de l'alopécie en aires l'auteur a employé deux mélanges antibactériens; l'un plus faible était appliqué sur tout le cuir chevelu pour empêcher une nouvelle infection et une expansion ultérieure de la maladie; l'autre plus concentré, était mis directement sur les parties atteintes pour détruire les parasites. Ces deux préparations étaient employées deux fois chaque jour. Comme lotion faible il s'est servi au début d'une solution de sublimé (1 p. 750), plus tard d'une solution de créoline à 3 0/0. Pour les régions malades il prescrit l'application de savon vert qu'on laisse en place environ 5 minutes, puis on fait deux fois par jour une friction douce avec :

Après un temps relativement court les cheveux poussent sains et vigoureux.

Dans l'alopécie en aires d'origine nerveuse, l'auteur emploie comme traitement interne les mêmes médicaments que dans l'alopécie prématurée, ce sont ceux qui lui ont donné les meilleurs résultats : arsenic, strychnine. Comme traitement local il a d'abord eu recours au badigeonnage des parties affectées avec le collodion cantharidé proposé par les auteurs français; il se produit une bulle que l'on panse avec une pommade indifférente. Les applications de cantharides sont faites une ou deux fois par semaine suivant les cas.

Bien que les résultats, ne laissent rien à désirer, cette méthode pour différents motifs n'est rien moins qu'agréable pour les malades.

Le maniement du collodion n'est pas très facile. Il embrouille les cheveux et est difficile à enlever; son emploi peut avoir des inconvénients.

Une autre méthode lui a donné de meilleurs résultats c'est l'emploi de l'acide phénique pur recommandé par Duncan Bulkley. Voici la technique de ce dernier auteur : appliquer une fois tous les 15 jours de l'acide phénique pur sur les parties malades. La région ainsi traitée ne

e

e

8

-

ıt.

28

9

nt

X

nt

nu-

29

m-

ns

à

on

us

elu

ait

ise

au

urs

ent

ait

doit pas dépasser deux pouces carrés; deux ou trois séances suffiraient pour amener la repousse complète des cheveux. Ohmann-Dumesnil a toutefois modifié le procédé de Bulkley de la manière suivante : au lieu d'employer l'acide phénique pur tous les 15 jours, il l'applique deux fois par semaine; et au lieu de se limiter à 2 pouces carrés il tamponne énergiquement toute la partie malade. Comme l'acide phénique ordinaire à 95 0/0 ne lui donnait pas de résultats satisfaisants, il s'est servi de l'acide phénique anglais pur, l'action a été plus rapide et plus évidente. Les parties sur lesquelles l'acide agit prennent au bout de quelques instants une coloration blanc laiteux. En général ces applications sont à peine suivies d'une légère desquamation.

Ce mode de traitement est à la vérité un peu douloureux, mais efficace.

A. Doyox.

# Pemphigus. — Kirschner. Zur Actiologie des Pemphigus. (Archiv. f. Dermatologie u. Syphilis, 1892, p. 541.)

L'auteur rapporte avec les détails les plus complets un cas de pemphigus qui présentait le type très caractérisé d'une inflammation nerveuse de la peau et dans lequel on a constaté une cause nettement déterminée de l'origine de cette névrose.

Il s'agit d'un homme de 54 ans qui, il y a environ 20 ans, eut un chancre sans manifestations secondaires, il a d'ailleurs toujours été bien portant, il est alcoolique à un haut degré; pendant un grand nombre d'années il s'est exposé journellement à des refroidissements brusques, il entrait et séjournait longtemps dans une pièce très froide ayant pris chaud en marchant et couvert de sueur. Tandis qu'auparavant il n'en avait éprouvé aucun malaise particulier, en nov. 1885 il ressentit une vive sensation de froid, surtout dans les bras, la transpiration diminua de plus en plus et cessa entièrement au commencement de décembre, la peau devint très sensible au froid et les bras furent le siège d'un prurit violent. Bientôt des bulles de pemphigus apparurent d'une manière symétrique, d'abord sur les bras, puis sur les cuisses, le dos du pied, la tête, le cou, le tronc et finalement la face interne des jambes. Pensant que l'affection était la suite du refroidissement et avait des rapports avec l'arrêt de la transpiration on prescrivit des bains chauds suivis d'emmaillotement, puis des infusions de fleurs de sureau sans aucun résultat, finalement, fin février, on réussit avec la pilocarpine à ramener la transpiration, mais seulement d'une façon passagère. Pendant les injections de pilocarpine, en dehors des points de la jambe atteints en dernier lieu, il ne survint pas de nouvelles éruptions de pemphigus, mais seulement de petites papules avec ou sans vésicules sur diverses parties du corps. Au milieu de mars, quand la pilocarpine n'eut plus d'effet, on obtint une fois une très forte transpiration avec un rob de sureau, puis bientôt après la sueur reparut spontanément, les éruptions papuleuses et enfin le prurit cessèrent; au milieu d'avril la peau était nette. Il y eut encore quelques légères éruptions nouvelles de papules, mais éphémères. Au commencement de juin, ce malade rentra dans une pièce froide et à partir du milieu du même mois il survint une nouvelle poussée de pemphigus, avec arrêt simultané presque complet de

me

po

su

ou

tra

se

de

Le

le

l'i

de

ve

ne

ak

ui

ja

ci

ré

pi d'

m

SI

ve is

le

vi

Si

d

de la transpiration. Cette deuxième attaque fut beaucoup moins intense et moins étendue que la première; elle envahit successivement les creux poplités, le dos des pieds, le pénis, le scrotum, la face interne des cuisses et la partie inférieure des deux jambes; sur les autres régions des jambes, sur les bras et quelques parties du tronc, il n'y avait que des papules avec ou sans petites bulles. Fin juillet, cette récidive était guérie après une transpiration spontanée. En août il n'y eut aucune éruption, le malade se sentait très bien, mais il rentra dans une pièce froide et au commencement de septembre il survint de nouvelles papules qui disparurent lentement. Le 7 octobre, refroidissement et nouvelle récidive qui débuta sur le scrotum. le pénis et la face interne des cuisses et, peut-être sous l'influence de l'iodure de potassium, s'étendit très rapidement à la face, à la nuque, aux bras et aux jambes, mais qui guérit aussi en peu de temps. Il y eut encore de petites éruptions fréquentes de papules, mais depuis que le malade prenait des précautions contre les refroidissements, il n'y eut pas de nouvelle récidive accusée de pemphigus.

Selon l'auteur il est hors de doute que ce cas de pemphigus est une dermatite qui est la suite d'une maladie de certaines parties du système

nerveux.

Le développement de l'éruption montre qu'il ne s'agit pas d'une simple akartholyse (Auspitz) mais d'une véritable inflammation de la peau. L'étude attentive fit voir que les bulles avaient toujours pour point de départ une papule ayant une durée plus ou moins longue, qu'elles ne sont

jamais formées sans avoir été précédées d'une de ces papules.

Quant au caractère nerveux de l'inflammation de la peau il ressort principalement de l'apparition presque toujours exactement symétrique et régionnaire par district des papules, c'est-à-dire des bulles. Pendant la première poussée, de décembre 1885 à mars 1886, les bulles survinrent d'une manière absolument symétrique. L'auteur a suivi l'apparition des bulles mais il ne lui a pas toujours été possible d'établir d'une manière positive qu'elles se trouvaient dans la sphère d'expansion d'un ou de plusieurs nerfs.

Aux bras, elles se manifestèrent d'abord dans le district du nerf cutané médian et latéral, puis passèrent rapidement sur le côté de l'extension et

sur le bras ; la peau des mains seule restait indemne.

Aux jambes, il est remarquable que ce furent d'abord les sphères nerveuses appartenant au plexus lombaire, puis celles ressortissant au plexus ischiatique qui furent envahies. A la tête, les bulles se développèrent dans le district du trijumeau tout entier mais envahirent aussi, il est vrai, les régions nerveuses cervicales avoisinantes; sur le cou et le tronc elles survinrent d'une façon uniforme en avant et en arrière. Aux jambes, la dernière éruption bulleuse fut limitée à la face interne, au trajet du nerf saphène.

Le mode d'apparition de l'exanthème et sa localisation prouvent donc qu'il s'agit d'une inflammation de la peau de caractère nerveux. De légères déviations dans la symétrie ne peuvent en rien modifier cette appréciation. On pourrait encore ajouter que chaque poussée de l'exanthème était précédée d'un très violent prurit qui indiquait un état d'irritation du

système nerveux, très vraisemblablement des extrémités périphériques des nerfs.

L'auteur se demande ensuite si l'on doit désigner cette maladie sous le nom d'angionévrose ou de trophonévrose? Au Congrès de médecine interne de 1890, Mosler l'a désignée comme vaso-motrice, Schwimmer comme trophonévrotique.

Si l'on appelle trophonévrose (dermatite neurotique d'Auspitz) l'inflammation de la peau due à une affection de troncs ou de centres nerveux, le pemphigus en fait certainement partie, déjà en raison des lésions constatées à l'autopsie: sur 4 cas dont il fit la nécropsie, Schwimmer a trouvé 3 fois des altérations de la moelle, 1 fois une lésion des nerfs périphériques.

L'auteur voudrait en ce qui concerne son cas, pour expliquer le développement de la maladie, tenir compte des modifications dans la tonicité des vaisseaux tel qu'on le fait pour les angionévroses.

Quelle est la cause de cette inflammation nerveuse de la peau? La cause des dermatoses désignées sous le nom de pemphigus est encore complètement inconnue. Au congrès de 1890 il a été dit que le pemphigus devait être une maladie infectieuse. Purgecz fut d'avis qu'on pouvait caractériser avec certitude une maladie comme infectieuse rien que par l'observation clinique, même quand on n'a pas encore trouvé de micro-organismes spécifiques. Dans ce cas on n'a pas recherché les micro-organismes dans le contenu des bulles. Ceci est surtout vrai pour le pemphigus aigu auquel on ne peut rattacher le cas actuel. Cependant pour celui-ci aussi il y a des raisons d'admettre que l'on a affaire à une maladie infectieuse. Ceci établi il existe ici en tout cas une cause occasionnelle démontrable, le refroidissement, sous l'influence duquel la maladie s'est produite, et il est très possible que cette cause seule ait suffi pour la provoquer. Par le fait de refroidissements il se produit des bulles comme dans le pemphigus, souvent il est vrai avec un contenu différent, et alors le refroidissement envahit constamment des couches plus profondes, la peau et non pas seulement les couches superficielles. Dans l'un et l'autre cas la nécrose est la conséquence de l'action du froid; dans le pemphigus elle n'atteint que la couche épineuse, dans le refroidissement elle pénètre plus profondément. Par conséquent rien n'empêche d'admettre que de même qu'un refroidissement intense peut provoquer une inflammation de la peau, de même aussi un léger refroidissement subit et souvent répété de la peau chaude peut déterminer une inflammation qui doit revêtir un caractère spécial par suite de circonstances particulières.

Un point très intéressant à signaler c'est que, avant l'apparition de la maladie, la sécrétion sudorale cessa graduellement sous l'influence du froid. Après la disparition de la sueur, le malade resta très sensible au froid et il survint un violent prurit. L'auteur est très disposé à admettre que ces sensations subjectives correspondaient à un état persistant de contraction des muscles lisses de la peau, dont l'intensité augmentait constamment; cet état, selon lui, diminuait beaucoup la circulation du sang dans la peau et provoquait aussi la sensation de froid et finalement la cessation complète de la sécrétion sudorale.

élu

lac

gle

se

ch

un

ce

tri

de

ad

OF

cl

ra

pa

pa

tr

bi

Vä

re

pa

St

pi

ui

l'i

la

er

cr

l'a

SI

qı

ra

Ca

11

L'auteur entre ensuite dans des détails cliniques et histologiques pour élucider la question qui concerne le lieu d'origine de la sueur.

On sait qu'il y a à ce sujet deux opinions en présence; l'ancienne, d'après laquelle la sueur est sécrétée par les glandes glomérulaires, et celle qui la fait s'écouler à travers les espaces interépineux dans le canal des glandes glomérulaires. Le développement et la marche de la maladie actuelle paraissent plutôt en faveur de la dernière hypothèse. Tous les phénomènes observés chez ce malade s'expliquent naturellement si l'on admet que la sueur est une dérivation du sang arrivant dans le canal par les fentes lymphatiques du derme et les espaces interépineux de la couche épineuse.

Le cas actuel vient à l'appui de cette manière de voir.

La sécrétion de la sueur est une fonction bilatérale du système nerveux central. Elle a lieu bilatéralement par excitation du centre. Ainsi s'explique très naturellement la symétrie des éruptions.

L'auteur examine ensuite le processus de guérison et le mode d'action de la pilocarpine. La pilocarpine agit (Binz) également sur le centre de la

sécrétion sudorale et sur les organes terminaux.

Les artères et les veines sont dans ces cas fortement dilatés. Si l'on admet comme cause de cette dilatation un relàchement des muscles lisses, on pourrait penser que la pilocarpine agit dans le même sens sur les muscles tenseurs obliques du derme. Au début, la pilocarpine a eu une action rapide et provoqua la sécrétion de la sueur, en général, et ensuite, la disparition des éruptions.

Cependant la pilocarpine n'a pas eu une action durable, principalement parce que des doses élevées ne furent pas tolérées; elle eut l'air, au contraire, en provoquant une forte fluxion vers la peau, de donner naissance à de nouvelles éruptions papuleuses et même sur les jambes à de nouvelles bulles, seulement, celles-ci ne furent plus aussi volumineuses qu'auparavant. Finalement, la pilocarpine n'eut plus aucun effet, le prurit violent reparut et l'amélioration ne se produisit de nouveau que lorsqu'on parvint par un autre moyen, — rob de sureau, — à ramener la sueur et que celle-ci survint enfin spontanément.

L'auteur signale encore quelques particularités de l'action de la pilocarpine. Après des injections de 0,015 il survint du délire que l'on attribua à une sorte d'anémie du cerveau consécutive à un afflux considérable du sang à la peau, analogue aux crises de délire d'inanition, particulièrement dans l'inflammation pulmonaire; crises qui ont peut-être pour cause principale la congestion qui se produit sur la peau en sueur et l'anémie cérébrale qui en résulte. Il a constaté en outre à plusieurs reprises une abondante sécrétion d'urine sous l'influence de la pilocarpine. Kirchner appelle encore l'attention sur l'action sudoripare, véritablement extraordinaire du rob de sureau. Il a sans doute une action plus énergique que l'infusion de sureau qui chez son malade, n'avait eu aucune influence. Nothnagel et Rossbach rapportent son action, comme en général celle des infusions sudoripares, camomille, feuilles de mélisse, fleurs de tilleul, uniquement à l'eau chaude. Il est probable que dans les baies de sureau il y a une substance sudorifique.

Il vaudrait sans doute la peine de mieux étudier l'huile essentielle qu'elles

contiennent, peut-être y trouverait-on une action spécifique sur les nerfs de la sueur, comme Binz et d'autres auteurs ont constaté une action déterminée sur le système nerveux, pour les huiles essentielles de valériane, de camomille, de fenouil, etc. Dans le rob de sureau ou dans les baies mûres de sureau, on trouverait peut-être une substance ayant une action active spécifique.

L'auteur termine son mémoire par quelques remarques sur le traitement du pemphigus en général.

A. Doyon.

Pigment. — Ehrmann. Beitrag zur Physiologie der Pigmentzellen nach Versuchen am Farbenwechsel der Amphibien. (Archiv. f. Dermatologie u. Syphilis, 1892, p. 519.)

Propriétés physiques des pigments. — Le pigment, qui donne à la peau des batraciens et des amphibies son aspect caractéristique, se trouve immédiatement sous l'épiderme transparent dans des cellules du derme à mouvements actifs, lesquelles renferment quatre espèces de matières colorantes, autrement dit de corpuscules qui réflètent la lumière d'une manière déterminée.

1º La matière colorante noir brun (mélanine) à la lumière oblique, comme à la lumière directe, elle paraît brun foncé ou tout à fait noire, c'est-à-dire elle absorbe en grande partie la lumière qui la frappe et dissout pour la plus grande partie celle qui la traverse.

2º Un pigment blanc. Ce pigment réfléchit tous les rayons lumineux, tandis que dans la lumière transmise il paraît gris fumé ou brunâtre.

3° Un pigment jaune qui est jaune à la lumière directe et à la lumière transmise, par conséquent est transparent.

Ce corps peut devenir confluent sous formes de grosses gouttelettes et de gouttes, il est soluble dans l'éther et l'alcool chaud, ainsi que dans la térébenthine, il prend une teinte noire avec l'osmium, il a la même réaction que les graisses et appartient aux corps analogues à la graisse ou qui en proviennent (lipochrome de Krukenberg).

4º Un corps granuleux peu abondant dont les granulations apparaissent à la lumière transmise sous les couleurs les plus différentes du spectre, tandis que, à l'éclairage direct, elles prennent les couleurs complémentaires. Ce sont donc des corps transparents mais dans lesquels les rayons lumineux interfèrent en passant (pigment irisant, d'après Leydig). Ce pigment est sans importance pour la constitution des couleurs principales et ne donne parfois qu'un éclat nacré à la coloration verte ou grise de la peau.

Rapport des pigments avec les cellules. — Pour simplifier la description l'auteur désigne les trois dernières variétés de pigment sous le nom de pigment clair en opposition au pigment noir (mélanine). La mélanine se trouve dans des cellules ramifiées qui entourent les vaisseaux sanguins de la couche superficielle du derme. Les pigments clairs sont chez la rainette, renfermés dans des cellules qui ont une forme polygonale et seulement çà et là des prolongements courts, minces. Ces cellules n'ont pas de mouvements actifs visibles. Le rapport des cellules claires de pigment

g

le

ra

ju

le

g

in

q

C

la

lı

i

d

q

d

avec les cellules ramifiées de pigment noir ou mieux avec leurs prolongements n'est pas constant en apparence. Mais, quand les cellules foncées ont rentré leurs prolongements, on aperçoit toujours les cellules polygonales claires de pigment au-dessus des corps cellulaires des cellules de mélanine, plus près de l'épiderme.

Le rapport proportionnel des pigments clairs est très constant dans la rainette, autrement dit le pigment jaune et le pigment blanc sont sur la peau du dos de la grenouille dans chaque cellule, autant qu'on peut en juger, toujours dans les mêmes proportions, tandis que dans la rana esculenta il y a des individus gris où le pigment jaune manque pour la plus grande partie et des individus verts chez lesquels il est abondant.

Il n'est pas douteux que la coloration bleue ne résulte de ce que sur les cellules noires de pigment les cellules claires sont répandues comme un intermédiaire trouble qui absorbe les rayons à longues ondulations (rayons qui se trouvent le plus près de la partie rouge du spectre), qui réfléchit cependant les rayons bleus à courtes ondulations, exactement comme pour les rayons solaires qui pénètrent dans un corps trouble situé contre un arrière-plan sombre. Cet arrière-plan est donné ici par les chromatophores noirs (comme le brouillard devant une montagne sombre, ou du lait sur un plateau foncé, etc.).

La coloration verte de la rainette provient de ce que sur notre rétine la lumière bleue arrive par les cellules contenant de la mélanine qui paraissent bleues par le pigment blanc; et la lumière jaune par les pigments jaunes contenus dans les cellules polygonales; elle est ainsi déterminée comme dans les aquarelles par le mélange intime, par exemple de gommegutte et de bleu d'outremer.

Le mouvement des chromatophores est sous la dépendance des nerfs et des influences extérieures.

L'état clair ou foncé dépend à coup sur jusqu'à un certain degré des influences nerveuses. On peut rendre claire la peau de la grenouille en supprimant l'innervation. Leydig dit avoir vu une rainette devenir claire en évidant sa moelle épinière. L'auteur a observé les mêmes phénomènes après la section de tous les nerfs de la moelle. Si on coupe le nerf ischiatique on voit parfois que le membre correspondant devient clair, mais dans d'autres cas ce phénomène ne se produit pas. Par contre la peau de la grenouille peut devenir claire dans d'autres circonstances, par exemple quand on fait la ligature de l'artère ischiatique ou de toute la cuisse, ou quand on coupe dans la peau du dos un lambeau dont la base étroite est située en arrière, si cette base est en avant souvent l'état clair ne se produit pas.

Pour les dermatologistes, c'est surtout l'influence des autres agents sur les cellules de pigment de la grenouille qui est importante. Ainsi on peut obtenir une modification de l'état des cellules de pigment par les causes suivantes : l'éclairage, la chaleur et les irritations chimiques.

L'auteur cite plusieurs exemples déjà connus de l'action de la lumière et de la chaleur sur les cellules de pigment.

Relativement aux agents chimiques on connaît depuis longtemps l'action du chlorure de sodium comme agent irritant. Si on met du chlorure de sodium sur la peau d'une grenouille vert clair elle devient immédiatement noirâtre; sous l'influence de cet agent irritant les cellules pigmentaires foncées projettent leurs prolongements, mais cette action est passagère. Mais si l'on a mis pendant longtemps trop de chlorure de sodium ou une solution très concentrée il en résulte une cautérisation de l'épithélium puis une inflammation de la peau de la grenouille; dans ces cas il est très difficile d'observer les phénomènes qui se produisent en raison de leur complexité.

De ses nouvelles recherches l'auteur considère comme établi ce qui suit:

1º Dans le mouvement des cellules pigmentaires il ne s'agit pas seulement du retrait et de la distension des prolongements cellulaires, mais aussi d'un mouvement interne protoplasmatique à marche régulière, supposant par conséquent très vraisemblablement une organisation interne des cellules de pigment.

2° La rentrée et la sortie des prolongements des cellules de pigment ne peuvent pas être comparées au raccourcissement et au relâchement des fibres musculaires, car pour celles-ci il n'y a qu'unétat de contraction et un relâchement. Pour les cellules pigmentaires il ne peut être question que d'activité relative et de repos relatif; on voit en effet que les cellules pigmentaires, lors de l'extension des prolongements, déterminent un transport direct de corps et ceci sous des influences que l'on regarde d'une manière générale en physiologie comme des irritations qui provoquent l'activité des nerfs et des muscles, tandis que dans les muscles la rétraction est seule réellement active.

3º En somme on n'observe à l'intérieur des chromatophores clairs des dépôts internes du pigment, qui semblent ne pouvoir être provoqués expérimentalement qu'en se dirigeant de l'état relativement actif (mélange du pigment jaune avec le blanc). Vers l'état de repos relatif (accumulation du pigment jaune à la surface). L'inverse se produit sans doute très souvent dans la nature, mais l'auteur ne connaît, du moins jusqu'à présent, aucun moyen artificiel direct d'amener une grenouille verte à l'état gris. Ce sont sans doute des influences directes ou indirectes (agissant par l'intermédiaire du système nerveux central), et venant du dehors. En effet, cet état se produit spécialement quand l'animal se trouve dans un milieu dychromateux. Mais le fait important pour la théorie du transport du pigment, c'est qu'en général les cellules pigmentaires contenant la mélanine envoient seules des prolongements vers l'épiderme, tandis que les cellules pigmentaires claires n'ont en réalité que des mouvements internes proto-A. Doyon. plasmiques.

Sclérodermie. — Wolters. Beitrag zur Kenntniss der Sclerodermie. (Archiv. f. Dermatologie u. Syphilis, 1893, p. 695 et 943).

L'auteur rapporte l'observation de deux cas de sclérodermie de la clinique du professeur Doutrelepont. Le premier examiné par l'auteur a été présenté à la Société du Bas-Rhin, le 15 juin 1891, le second a été publié par Spieler en 1886 dans sa thèse.

Le premier concerne une fille de 13 ans; elle était atteinte de la forme

d

circonscrite de la sclérodermie (membre inférieur droit et plaque très caractéristique de la grandeur de la main au niveau de la région gauche de l'abdomen). Le deuxième cas est celui d'un homme de 35 ans qui est mort à la clinique en 1884 et dont Spieler a décrit dans sa thèse les lésions avec grand soin. Chez ce malade la sclérodermie se présentait sous sa forme diffuse, presque toute la surface cutanée était envahie.

L'examen microscopique de la peau a donné dans les deux cas des résultats absolument identiques, preuve nouvelle que les deux variétés de sclérodermie, circonscrite et diffuse, ont la même base, comme Dinkler

l'a démontré récemment.

L'épiderme est aminci. La couche cornée a une faible largeur et se détache nettement du réseau de Malpighi. Les éléments du réseau sont de forme cubique, avec de beaux noyaux distincts. La couche inférieure, celle de l'épithélium cylindrique, présente de grosses cellules légèrement granuleuses d'un volume considérable. Elle se détache nettement vers le chorion par sa pigmentation jaune brun, sans que l'on puisse constater une diminution du volume des éléments. Le pigment en granulations plus ou moins grosses est intra-cellulaire.

Les noyaux sont indemnes, cependant cet amas se trouve non seulement dans la couche la plus inférieure, mais surtout il est plutôt vrai de dire çà et là dans les couches supérieures des cellules qui présentent une forte pigmentation, principalement au voisinage des dépressions pilaires et des conduits excréteurs des glandes, où elle pénètre dans les gaines du poil et se distingue par là nettement des parties voisines.

Les papilles ne sont pas partout formées d'une manière uniforme; en général elles sont plus aplaties qu'à l'état normal et élargies, souvent avec de nombreuses divisions. Sur de grandes surfaces, sauf une ligne légèrement onduleuse, il n'y a pas de papilles à proprement parler; le chorion et le réseau se confondent souvent en une ligne presque droite. Le chorion tout entier présente des trabécules de tissu conjonctif assez homogènes, larges, solidement feutrés, entre lesquels il n'y a plus que rarement des noyaux ou des rudiments de noyaux. Par contre on trouve çà et là, en amas ou en cordons, entre les mailles du tissu conjonctif des nids de cellules jeunes avec quelques mitoses.

Le chorion est en somme un peu élargi et traversé d'innombrables fibres élastiques, qui paraissent avoir augmenté en nombre et en

volume.

L'accroissement du tissu conjonctif se poursuit jusque dans le tissu cellulaire sous-cutané. Les travées moyennes, larges, desquelles partent des trabécules minces traversent en tous sens le tissu graisseux, qui est partout atrophié et présente, outre de nombreuses cellules migratrices, des noyaux très faiblement colorables.

Les poils sont intacts ; dans leurs gaines, il y a une assez grande quantité de pigment. Les fibres lisses des muscles sont élargies, mais il n'existe pas d'infiltration. Quant aux nerfs de la peau, l'auteur n'a trouvé de lésions ni dans la moelle, ni dans les cylindres-axes. Le périnèvre paraissait épaissi, mais sans multiplication des noyaux.

Les altérations que présentent les vaisseaux sont plus marquées. Les

capillaires là où on les voit encore, présentent des noyaux endothéliaux apparents, mais sont rétrécis, et çà et là entourés de cellules en prolifération. Le tissu adventitiel a parfois entièrement disparu, ou seulement en partie, de sorte que la tunique musculaire touche directement au tissu environnant, ou bien elle existe encore en un point et présente des proliférations évidentes de ses éléments avec de nombreux rudiments de fibres élastiques. Mais la membrane moyenne est très altérée par la pénétration d'éléments étrangers et la croissance à l'intérieur d'éléments semblables à du tissu conjonctif, de formation récente. La tunique élastique résiste jusqu'à un certain point. D'abord cette tunique ne présente que des dépressions, puis elle est traversée, déchirée, et laisse les tissus en prolifération pousser en avant la membrane interne.

En d'autres points où le processus existait évidemment depuis plus longtemps, elle est entièrement détruite. On ne trouve plus que des rudiments entre les masses proliférées qui pénètrent énergiquement dans la membrane interne également très proliférée, qui la poussent en avant et par suite rétrécissent le calibre. En règle générale, la membrane interne est au moins aussi fortement atteinte que la membrane moyenne. L'endothélium proliféré, faisant saillie à l'intérieur du vaisseau, empêche la circulation; peu à peu, on voit survenir toutes les phases du rétrécissement des vaisseaux jusqu'à complète oblitération ou réduction du calibre

à une simple fente.

L'auteur relate ensuite, très en détail, les résultats de l'examen histologique fait par la plupart des auteurs dans la sclérodermie.

Appuyés sur les observations cliniques et sur les résultats de l'étude anatomo-pathologique, presque tous les auteurs ont cherché à expliquer le processus relativement à la cause et à la marche, chacun d'eux, d'après ses recherches, émettait d'ordinaire une nouvelle hypothèse. C'est ce qui explique le grand nombre de théories sur la nature de la sclérodermie.

Hebra, Kaposi, Hollefreund, Bernhart et Schwabach mettent en première ligne, comme étiologie, l'apparition de cellules jeunes de tissu conjonctif dans les gaines lymphatiques périvasculaires et dans les interstices. Le processus serait une stase lymphatique occasionnée par un état anormal de la nutrition générale.

Selon Rasmussen, les processus dans les voies lymphatiques ont une influence considérable sur la naissance de la maladie, et il est très disposé à regarder la sclérodermie et l'éléphantiasis comme identiques. D'autres auteurs, il est vrai, s'élèvent contre cette théorie lymphatique.

La plupart admet qu'il s'agit d'une maladie du système nerveux, principalement d'une trophonévrose.

Une troisième hypothèse, indiquée d'abord par Forget et soutenue plus tard par Fuchs, Lagrange, Chiari, Rindfleisch, Förster, Birch-Hirschfeld, etc..., est que la sclérodermie consiste en une inflammation lente du chorion se terminant par induration et raccourcissement du tissu. Arning tenait aussi en commençant cette opinion pour exacte, mais il y renonça plus tard lorsque dans un second cas il observa une augmentation du tissu élastique.

de

de

en

du

té

su

m

re

l'i

ce

fi

d

d

d

d

t

Si l'on considère que les lésions anatomo-pathologiques de la sclérodermie sont : la prolifération des cellules jeunes autour des glandes et des vaisseaux, çà et là sur les gaines des nerfs; l'apparition d'éléments embryonnaires en traînées et en plaques; de plus l'augmentation notable du tissu conjonctif et avant tout les momifications des vaisseaux si caractéristiques pour les processus interstitiels, il ne saurait y avoir de doute sur la place qu'il faut assigner à la sclérodermie au point de vue anatomique et pathologique. Il faut ajouter encore que l'on a constaté les mêmes processus interstitiels dans les muscles, les poumons, le foie, les reins, les ganglions lymphatiques, l'utérus, voire même dans le cerveau, où leur nature est absolument évidente.

Sur cette base les cas de Rasmussen, d'Heller, d'Anzilhou, dans lesquels l'inflammation interstitielle avait provoqué des tumeurs isolées, deviennent compréhensibles et c'est seulement ainsi qu'on peut expliquer la diathèse fibro-plastique admise par Bazin, dont la sclérodermie est pour lui une manifestation. Dans tout ce processus est-ce le développement de tissu de nouvelle formation qui est le symptôme primaire ou est-ce l'altération des vaisseaux? C'est aussi difficile à indiquer que le rapport causal des deux processus entre eux. Toutefois comme Dinkler l'admet, l'altération des vaisseaux paraît être la première lésion, qui agit ensuite peut-être comme irritant sur le tissu conjonctif. Si ce point de départ est juste, ce qui est encore à démontrer, cela expliquerait les cas de maladie unilatérale ou ceux qui étaient limités au district d'un seul nerf, puisque, comme Pfeisser et Manchot l'ont de nouveau fait remarquer, nerf et artère suivent les mêmes trajets. Mais il est difficile de dire quel est l'agent qui, en dernière analyse, détermine le premier les processus interstitiels ou, selon Perl, exerce l'irritation nécessaire sur le tissu conjonctif ainsi que sur l'artère. On comprendrait alors facilement les cas où des traumatismes, un refroidissement, une maladie générale antérieure sont indiqués comme causes. Mais comment expliquer l'apparition de la sclérodermie en connexion avec une affection psychique?

En résumé, la sclérodermie est constituée au point de vue anatomopathologique par une inflammation interstitielle qui peut, outre la peau, envahir les muscles et les organes internes, par suite on doit la considérer comme une maladie générale dont la cause est encore inconnue.

Comme l'affection de la peau présente le symptôme le plus frappant et presque le seul qu'on puisse diagnostiquer, il n'y a provisoirement aucune raison de la séparer des maladies de la peau.

La sclérodermie ne menace pas directement la vie et à ce point de vue

le pronostic ne serait pas défavorable.

On a décrit des cas qui ont duré dix ans et plus, Hillebrand a même cité un cas où la maladie avait persisté 31 ans. Toutefois les affections qui la compliquent peuvent rendre le pronostic très incertain. La mort arrive le plus souvent à la suite des affections les plus diverses qui ne sont pas en connexion directe avec le processus : lésions du cœur, phtisie pulmonaire, emphysème, anémie, diarrhée, gastro-entérite, pleurésie, maladie de Bright.

Le traitement est en partie symptomatique, en partie général suivant

l'opinion que les auteurs se font du processus. Ainsi Thirial cherchait à combattre les troubles de la menstruation qu'il regardait comme la cause de la maladie. On a successivement conseillé l'iodure de potassium, la quinine, les alcalis, le fer, le salicylate de soude, l'arsenic, les toniques de toute nature. En un mot d'après les symptômes prédominant on prescrivait les remèdes correspondants et souvent avec succès. Cependant on peut se demander s'il ne s'agit pas dans ces cas de guérisons spontanées comme on en a cité plusieurs exemples et récemment encore Kaposi et Lang. La plupart des observateurs ont essayé d'agir localement par des bains et des pommades, Curzio et Arning ont constaté une certaine amélioration à la suite de l'application d'onguent gris, tandis qu'un malade de Lang atteint de syphilis fut guéri également de sa sclérodermie après une cure de frictions. Il est probable aussi que dans ces cas le massage joue un rôle important.

On a conseillé l'emploi de l'électricité sous forme de courants induits ou constants, ils ont souvent donné de bons résultats.

Le mémoire se termine par une bibliographie très complète des travaux qui ont été publiés sur la sclérodermie.

A. Doyon.

er

er

a

tu

Sclérodermie. — R. Supino. Contributo clinico alla patogenesi della sclerodermia. (La Riforma medica, 21 octobre 1892, p. 195.)

Supino rapporte l'histoire d'une femme de 47 ans qui avait été atteinte à 18 ans d'un panaris de l'index droit qui resta ouvert pendant un an et se rouvrit fréquemment dans la suite, particulièrement pendant les époques menstruelles et les grossesses; à l'âge de 41 ans, sclérodermie débutant par la main droite, au niveau du doigt atteint de panaris, puis se généralisant aux membres supérieurs et à la face. L'auteur donne ce fait comme une preuve à l'appui de la théorie névritique de la sclérodermie.

Georges Thibierge.

Sclérodermie et gangrène: — FOULERTON. Λ case of localised gangrene of the leg occurring in the course of scleroderma. (The Lancet, 12 novembre 1892, p. 1094.)

La malade qui fait l'objet de cette observation était atteinte depuis 19 mois de sclérodermie diffuse généralisée, ayant débuté à l'âge de 23 mois par la cuisse droite, lorsqu'il se produisit deux points de gangrène avec ulcération profonde, l'un sur le dos du pied droit, l'autre au niveau de la face interne du condyle du fémur du même côté. L'amputation devenue rapidement nécessaire fut pratiquée au tiers moyen de la cuisse et l'examen anatomo-pathologique a été l'objet de constitations intéressantes.

Une section de la portion amputée montra que tous les tissus sans exception étaient altérés et exsangues. Le tissu cellulaire sous-cutanéintimement adhérent à la peau, était très dur et considérablement épaiss. On ne pouvait le séparer des gaines aponévrotiques musculaires sans déchi-

rer les muscles eux-mêmes, décolorés et dégénérés par places. Les os, enfin, présentaient un degré accentué d'atrophie.

Malgré l'épaississement et la dureté des tissus, la cicatrisation se fit en 10 jours par première intention et pendant 7 à 8 mois les tissus du moignon moins épais, moins durs, bénéficièrent d'une amélioration assez accentuée, mais momentanée. Plus tard, en effet, la sclérodermie s'accentua et à la dernière visite de sa petite malade le Dr Foulerton observa que, par suite de l'extrême tension des tissus de l'aine et de la face antérieure du moignon, la cuisse était maintenue en flexion, relevée vers l'abdomen.

Louis Wickham.

Trichophytie. - Arnozan et W. Dubreuilh. De la trichophytie des mains et des ongles. (Archives cliniques de Bordeaux, janvier et février 1892.)

MM. Arnozan et Dubreuilh rapportent dans ce travail 16 observations de trichophytie de la main et des ongles.

Ils pensent que la trichophytie unguéale est plus fréquente qu'on ne l'admet généralement.

Sur 135 cas de trichophytie et 29 cas de favus, ils ont rencontrê 17 fois des onychomycoses, dont 12 trichophytiques, soit 8,8 0/0 des cas de trichophytie cutanée.

La trichophytie unguéale ne paraît aussi rare que parce qu'on ne la recherche pas suffisamment; ses signes cliniques donnent seulement une forte présomption et, sans le secours de l'examen histologique, ne sont pas pathognomoniques.

L'onychomycose n'est pas une lésion primitive, elle succède toujours à une lésion trichophytique cutanée, datant de plus ou moins longtemps, envahissant le repli épidermique sous-unguéal ou les bords latéraux de l'ongle et plus rarement à l'inoculation des spores sous le bord libre de l'ongle.

La trichophytie des mains présente des caractères différents, suivant qu'elle débute et qu'elle est en voie d'accroissement ou qu'elle est établie

depuis longtemps et passée à l'état chronique.

La trichophytie subaiguë, ou en voie d'évolution, présente les caractères classiques de la trichophytie circinée lorsqu'elle siège au voisinage du poignet; plus bas, ou sur les doigts, elle forme ordinairement une plaque unique, irrégulière, à contours bien limités, à centre d'un rouge pâle, souvent un peu violacé, sans desquamation bien nette, mais avec plaques épidermiques un peu écailleuses, avec une bordure plus rouge, saillante, offrant des traces plus marquées de desquamation, souvent de petites croûtelles, quelquefois de très minimes vésicules assez profondes. La plaque est d'abord arrondie, mais se déforme en grandissant, pousse des prolongements dans les espaces interdigitaux, sur les faces latérales des doigts. Dans les plis interdigitaux, la desquamation est beaucoup plus évidente, en raison des frottements moindres. A la paume des mains, aux faces palmaires et latérales des doigts, aux bords de la main, la plaque est toujours bien nettement limitée, l'épiderme normal s'arrête brusquement à son niveau, quelquefois il y a une légère rougeur à la bordure, rarement quelques vésicules profondes; au centre, l'épiderme est plutôt aminci, mais surtout aride et desséché, ne se détache pas en lames et a un aspect farineux; les lésions ont une grande analogie avec l'eczéma de ces régions.

La trichophytie chronique est rare sur la face dorsale des mains, elle se traduit par une coloration rouge sombre, brunâtre ou violacée, sans gonflement appréciable, avec desquamation médiocre. A la face palmaire de la main et des doigts, il n'y a ni rougeur, ni démangeaison, ni aucune sensation anormale, l'épiderme est modérément épaissi, mais plus dur et plus sec qu'à l'état normal, souvent d'aspect farineux et comme cassé au niveau des plis de flexion par des fissures qui peuvent former de véritables rhagades et sur les bords desquelles l'épiderme forme de larges lamelles difficiles à arracher; les limites des lésions sont mal définies et celles-ci sont extrêmement peu apparentes.

La trichophytie unguéale est très rare chez l'enfant; le plus jeune des sujets observés par MM. Arnozan et Dubreuilh est âgé de 19 ans; on en observe souvent plusieurs cas dans une même famille. Une lésion préalable des ongles (peut-être le psoriasis, eczéma, la déformation hippocratique, en tous cas le traumatisme, contusion ou autre), semble nécessaire dans bien des cas.

L'aspect assez variable des lésions paraît tenir à la structure de l'ongle, à son épaisseur, à sa consistance, à la rapidité de sa croissance. Que l'envahissement se fasse par la racine ou par le bord libre, le maximum de la lésion est en général à l'extrémité, et s'étend de là vers la lunule qui est le plus souvent respectée ou paraît respectée, caractère utile pour le diagnostic avec l'eczéma et le psoriasis.

Les lésions peuvent se présenter sous 3 types différents :

Dans le premier, l'ongle est très épaissi à son extrémité libre et peut atteindre 5 millimètres et plus, il est formé de 2 couches, une superficielle dure, compacte, homogène, formée par la lame unguéale proprement dite, l'autre profonde, friable, infiltrée d'air, présentant l'aspect en moelle de jonc, constituée par un épaississement de l'épiderme du lit; la face supérieure de l'ongle a une teinte générale blanc jaunâtre, rappelant celle du vieil ivoire, sous forme de taches ou de stries d'un demi-millimètre de largeur environ; la forme de l'ongle n'est parfois pas altérée, ou bien ses courbures sont augmentées, ou encore la courbure transversale est remplacée par une plicature brusque de la lame unguéale formant une arête antéro-postérieure (ongle en carène); l'ongle es t habituellement un peu déchaussé sur ses bords latéraux ; sa surface libre est dure, compacte et assez lisse; anatomiquement, les lésions consistent en une hyperkératose consécutive à l'envahissement du lit de l'ongle par le parasite dont les bandes forment les stries longitudinales blanc jaunâtre qui caractérisent cliniquement la lésion ; les filaments de trichophyton sont surtout abondants dans la couche profonde de l'ongle épaissi, en bas ils ne dépassent pas la couche cornée et n'atteignent même pas la couche de Malpighi, en haut ils entament un peu la lame de l'ongle lui-même, mais laissent indemne la plus grande partie de son épaisseur, ils se prolongent très loi

sen plè

des

pré

dét

bla

pla

ine

sal

les

bo

801

siè

mê

gra

sit

da

de

dé

ter

tar

CO

rés

ha

m

Bl

loin et peuvent être poursuivis jusqu'à la matrice alors même que la lunule semble intacte à l'œil nu, ce qui explique l'insuccès des ablations incom-

plètes de l'ongle.

La deuxième forme est caractérisée par le décollement de l'ongle ou sa destruction partielle. Tantôt, les lésions étant les mêmes que dans le cas précédent, la couche hyperkératosique reste adhérente au lit et l'ongle se détache sur une étendue variable tout en restant habituellement appliquée sur le lit, parfois en se relevant en l'air, mais sans présenter de stries blanches. Tantôt on constate de l'effritement spontané de l'ongle, à la place duquel il ne reste plus qu'une couche d'épiderme corné, épaisse, inégale, friable, irrégulièrement sillonnée en long ou déprimée transver-

salement, colorée en noir par les poussières.

La troisième forme est caractérisée par l'amincissement de l'ongle dont les lésions se prolongent habituellement jusqu'à la racine, il est écailleux, bosselé, sillonné, ondulé de toute façon, adhère par toute son étendue à son lit, est marqué de taches noires par suite de la pénétration des poussières dans les inégalités de la surface, avec des taches blanc jaunâtre ou même jaune paille variant de la grosseur d'une tête d'épingle à celle d'un grain de chènevis, exceptionnellement des stries longitudinales comme dans le premier type. Cette forme dénote un degré d'envahissement parasitaire beaucoup plus intense que les autres, aussi est-elle bien accusée dans l'onychomycose aigue; les lésions occupent la lame de l'ongle ellemême et non l'épiderme sous-unguéal, le parasite diminue la consistance de l'ongle qui s'écaille et il se fait des fissures remplies d'air qui constituent autant de taches, et l'extrême abondance du parasite peut aussi déterminer aussi la production de taches jaune clair.

L'onychomycose trichophytique est très tenace et les résultats du traitement très incertains; d'autre part, il est fréquent qu'elle guérisse spontanément

Le raclage de l'ongle est généralement infructueux, son arrachement complet vaut mieux, mais il reste généralement un biseau de substance cornée adhérent à la matrice et pouvant contenir encore du parasite; les résultats sont souvent médiocres. Les applications d'acide pyrogallique à hautes doses, préconisées par C. Pellizzari, déterminent des phénomènes inflammatoires très accusés laissant parfois après eux des difformités permanentes des ongles.

Georges Thibierge.

#### REVUE DE VÉNÉRÉOLOGIE

Blennorrhagie. — Touton. Weitere Beiträge zur Lehre von der gonorrhoischen Erkrankung der Talgdrüsen am Penis nebst Bemerkungen zur Pathologie des gonorrhoischen Processes. (Berliner klin. Wochenschrift, 1889, p. 1303).

L'auteur décrit un nouveau cas d'inflammation blennorrhagique des petites glandes du pénis, qu'il put examiner au microscope après les avoir extirpées. Ce cas concerne un jeune homme de 22 ans qui, en décembre 1889, vit survenir, environ 1 à 2 semaines après un coît. une petite vésicule sur le côté gauche de la face inférieure du pénis, laquelle à la pression donnaît issue à un liquide. Le Dr Kopp, à Munich, incisa cette vésicule trois jours après le début. Il écrivit à l'auteur qu'il s'agissait d'une lymphadénite dorsale du pénis dans le cours de laquelle une petite glande lymphatique avait suppuré. Celle-ci formait un ulcère cratériforme analogue à un chancre mou; incision, raclage, pansement à l'iodoforme. Vers le 15° jour (selon le malade) après l'opération, ce dernier contracta sa première blennorrhagie qui fut traitée par des injections de nitrate d'argent. Il faut rejeter l'hypothèse d'un coît pratiqué peu auparavant comme cause de la maladie en raison de la plaie ouverte. La blennorrhagie dura jusqu'au milieu de janvier 1890. A la place de la première pustule il resta, après la guérison de la plaie, un point saillant dont l'intérieur était tuméfié et dur et dont l'inflammation selon le malade variait d'un jour à l'autre.

Au moment ou l'auteur vit ce malade, il existait, sur la face inférieure du prépuce, à 1 1/2 centim. en arrière du sillon coronaire, à quelques millimètres à droite du raphé, au milieu de glandes sébacées nombreuses, grosses, d'aspect jaunâtre, une efflorescence saillante, un peu plus volumineuse qu'une tête d'épingle, d'où par une petite ouverture il s'écoulait par la pression une goutte de liquide contenant une certaine quantité de cellules de pus renfermant des gonocoques. De l'autre côté du raphé il avait également une ouverture ne laissant échapper qu'une faible quantité d'un liquide clair, muqueux.

Ces deux ouvertures étaient réunies par un cordon dur qui coupait obliquement le raphé. On excisa le cordon tout entier avec les deux orifices et le tissu sain avoisinant sur une assez grande étendue.

L'examen histologique de ce fragment de peau montra que les petites saillies ainsi que leurs modifications pathologiques étaient d'une manière générale identiques à celles que l'auteur a déjà décrites; elles constituaient des dépressions épidermiques en forme de tube recouvertes d'épithélium pavimenteux à plusieurs couches. Dans la plus grande dépression la couche épithéliale la plus inférieure était constituée par une cellule cubique ou cylindrique courte comme dans l'épiderme, des fentes lymphatiques larges séparaient, principalement dans les couches supérieures, les épithéliums isolés. De très nombreuses mitoses se trouvent dans les couches germinatives profondes de l'épithélium qui entoure l'orifice, Infiltration abondante de cellules rondes autour des deux organes.

Les gonocoques sont situés, dans des coupes provenant du conduit le plus court, en grande quantité sur la surface de l'épithélium et dans les espaces lymphatiques entre les cellules épithéliales les plus supérieures, sous forme d'amas et de dépôts intermédiaires caractéristiques. On les trouve, très rarement dans les corpuscules situés dans le conduit. Sur le conduit long, l'auteur ne les a rencontrés que dans deux coupes.

Dans un certain nombre de coupes il y avait, outre les deux productions pathologiques, des glandes sébacées très bien formées.

Selon l'auteur ces tubes sont certainement des glandes sébacées qui dans le cours de la maladie ont perdu leur épithélium; celui-ci qui est remplacé par de l'épithélium pavimenteux ordinaire à plusieurs couches. Elles peuvent avoir été dès le début de simples glandes sébacées tubulaires; mais à la suite de la maladie les parties délicates, sécrétantes de la glande ont disparu graduellement, le conduit seul est resté, analogue à ce que Finger a constaté pour les glandes de Littre.

L'auteur fait ensuite remarquer que le conduit qu'il avait décrit dans se première publication, il le regarde actuellement comme une glande sébacée, autrement dit une glande de Tyson. Il signale ensuite l'infection vraisemblable, d'après l'anamnèse, de l'urèthre par la sécrétion du conduit infecté en premier lieu et celle du petit par la sécrétion du grand conduit, ainsi que la guérison de la blennorrhagie uréthrale tandis que la blennorrhagie intraglandulaire persiste.

Touton rapporte ensuite deux autres cas de folliculite. Dans le premier le siège de la maladie est dans le frein même, le conduit commence entre les deux feuillets qui le constituent et se dirige vers l'orifice. Ce maladavait contracté une blennorrhagie qui dura 6 semaines, un peu plus tard il remarqua un petit orifice dans lequel pénétrait une sonde de 7 millim. de diamètre, il en sortait souvent une gouttelette de liquide renfermant des corpuscules de pus, du mucus, diverses variétés de champignons, particulièrement un bâtonnet double que l'auteur a fréquemment rencontré dans la blennorrhagie uréthrale chronique.

Dans l'autre cas, l'auteur trouva, en même temps qu'une blennorrhagie chronique indemne de gonocoques, sur les deux côtés du frein, deux petites érosions au centre desquelles il y avait une petite ouverture se dirigeant à 3 millim, en arrière d'où on faisait sortir un peu de sérosité claire; pas d'examen microscopique.

Si en examinant le tissu de divers organes on trouve tantôt des gonocoques dans le tissu conjonctif superficiel, tantôt non, cela tient, selon l'auteur, à l'épaisseur de l'épithélium, à l'intensité du processus et à sa durée.

Dinkler a appelé l'attention sur les nombreuses karyokinèses dans l'épithélium et le tissu conjonctif du voisinage de l'ulcère blennorrhagique de la cornée ainsi que sur l'hyperplasie épithéliale considérable.

L'auteur a pu constater aussi une hyperplasie évidente de l'épithélium, principalement vers l'orifice des glandes sébacées infiltrées et leur voisinage. Il paraît donc que le poison chimique produit par les gonocoques peut déterminer une légère irritation du tissu sous forme de néoplasie.

Un deuxième effet encore plus intéressant du processus blennorrhagique sur le tissu atteint consiste dans la métaplasie des épithéliums. La blennorrhagie est le premier processus inflammatoire de nature infectieuse dans lequel on a constaté d'une manière positive cette action métaplasique. Pour l'urèthre, spécialement pour les parties rétrécies par le processus blennorrhagique chronique, Neelsen et Finger l'ont démontrée par des recherches histologiques. A la place de l'épithélium cylindrique simple de l'urèthre antérieur, Neelsen trouva jusqu'à 10 couches et même davantage d'épithélium pavimenteux superposées, dont les couches supérieures étaient constamment kératinisées.

L'examen actuel confirme non seulement les résultats du premier mémoire de l'auteur mais en outre l'observation de Campana que les glandes sébacées du pénis peuvent être affectées de blennorrhagie et rend vraisemblable que la plus grande partie des canaux dits paraurétraux et préputiaux ne sont que des glandes sébacées modifiées par la maladie.

Elle prouve encore que le virus blennorrhagique peut provoquer, même dans ces canaux, la prolifération et la transformation de l'épithélium.

Enfin cet examen démontre l'existence d'une inflammation blennorrhagique chronique dans ces organes et, après la disparition des gonocoques ou même sans qu'ils existent, d'une inflammation chronique possible renfermant d'autres micro-organismes.

A. Doyos.

Uréthrite chronique. — Trzenski. Beitrag zur Behandlung des chronischen Trippers. (Arch. f. Dermatologie u. Syphilis, 1892. Ergänzungshefte, II, p. 25.)

On sait qu'il y a 6 ans, Neisser a proposé comme méthode de traitement d'irriguer tout l'urèthre plusieurs fois chaque jour avec une solution faible de nitrate d'argent (1 sur 2000 à 1 sur 3000) à l'aide d'une sonde filiforme terminée par une petite olive, n° 6 à 8, Charrière. L'auteur a modifié cette méthode en ne faisant qu'une injection par jour et en se servant d'une solution beaucoup plus faible variant de 1 pour 6000 à 1 pour 10000 avec la seringue ordinaire de Guyon.

Voici le mode d'application de Trzcinski : quand la période aiguë est passée et qu'il n'apparaît plus qu'à des intervalles de plusieurs heures une goutte trouble à l'orifice uréthral et que la partie trouble de l'urine indique une uréthrite postérieure, on est à ce moment où la blennorrhagie tout en ayant une grande tendance à passer à l'état chronique est néanmoins assez facilement curable.

Après avoir fait uriner le malade on introduit la sonde, reliée à la seringue déjà pleine jusque dans la vessie. On irrigue tout l'urèthre en retirant peu à peu la sonde et en employant d'ordinaire pour la première séance une solution de 1 pour 8000. Tant que l'olive se trouve dans la partie membraneuse de l'urèthre, le liquide sortant de la sonde est retenu dans l'urèthre par le muscle compresseur; dès que l'olive a dépassé ce muscle, le liquide s'écoule par l'orifice uréthral autour de la sonde en irriguant la partie antérieure de l'urèthre. Quand le malade urine — il faut un intervalle de deux heures, — il n'éprouve qu'une légère sensation de chaleur et cela seulement après la première irrigation. On renouvelle cette opération tous les jours. Au bout de peu de temps l'urine devient de nouveau claire et transparente et la sécrétion blennorrhagique ne se traduit plus que sous la forme de filaments; après 2 à 3 semaines de traitement ils disparaissent entièrement.

A. Doyon.

Culture du gonocoque. — Gébhart. Der gonococcus Neisser auf der Platte und in Reincultur. (Berliner klin. Wochenschrift, 1892, p. 237.)

En raison de l'importance du gonocoque, surtout en gynécologie, et pour résoudre certaines questions, parmi lesquelles celles de la péritonite

due aux gonocoques n'est pas une des moindres, l'expérimentation avec des cultures pures de ce microbe présente un réel intérêt.

Si l'on examine au bout de 24 heures les plaques préparées d'après le procédé de Wertheim, sur lesquelles on a mis quelques gouttes de pus contenant des gonocoques et qui ont été maintenues à la température du corps, on aperçoit, outre d'autres colonies nombreuses, de très petits points jaune blanc. Le 3° jour après l'inoculation les colonies sont déjà assez grosses pour qu'on puisse distinguer à l'œil nu leur forme irrégulière qui, à cette phase du développement, est au microscope un signe caractéristique. A un grossissement de 15 diamètres, les colonies profondément situées présentent une masse de forme irrégulière, nettement limitée; du centre de la colonie partent, à différentes hauteurs, des prolongements hémisphériques, plus tard allongés en forme de doigts ou de racines.

La couleur est brun terreux, de nuance plus claire dans les prolonge-

ments transparents, plus foncée au centre.

La coloration ne provient pas de la production de pigment mais de phé-

nomènes optiques d'absorption et d'interférence.

Le développement des colonies profondes est lent, à peu près comme celui du streptocoque pyogène, et s'arrête à la fin de la première ou au commencement de la seconde semaine, quand la colonie a un peu dépassé le volume d'une tête d'épingle.

Les colonies superficielles sont moins caractéristiques. Elles s'étendent assez uniformément dans tous les sens sous forme de pellicules vitreuses de dimensions restreintes; au microscope, teinte brun clair avec un centre foncé et des zones périphériphériques de plus en plus claires; elles sont limitées par un bord irrégulièrement dentelé mais tranché.

Sur le terrain de culture à surface oblique, 12 heures après l'inoculation, on voit déjà des gouttelettes d'une transparence vitreuse, avec tendance à se réunir et assez adhérentes au terrain de culture.

Parfois ces gouttelettes sont disposées en rosette. On remarque aussi çà et là de légères différences dans l'énergie du développement que l'auteur attribue à la non homogénéité du terrain de culture.

Si l'on examine attentivement les éléments d'une de ces colonies on voit qu'ils consistent en microcoques de diverses grosseurs, souvent groupés par quatre ; ils se colorent facilement avec les couleurs d'aniline, mais ils les abandonnent dans l'iodure de potassium ioduré du procédé de Gram.

Les différences de grosseur des microcoques peuvent tenir en partie à leur âge différent, mais elles sont si considérables que la composition du milieu nutritif joue certainement un rôle.

Ces cocci ne se multiplient pas sur les terrains de culture artificiels ordinaires, ils se développent mal sur le sérum sanguin coagulé obliquement (sans addition de bouillon avec agar peptonisé). Inoculés dans l'urèthre humain, ils déterminent, comme l'auteur l'a constaté, un catarrhe purulent de la muqueuse, évoluant avec les symptômes cliniques de la blennorrhagie, et l'on retrouve dans les produits de ce catarrhe des gonocoques dans leurs rapports typiques avec les cellules. Avec le pus on peut de nouveau obtenir des cultures pures des mêmes cocci.

Jusqu'ici l'auteur a réussi à obtenir des cultures de gonocoques dans sept cas de blennorrhagie uréthrale et cervicale chez la femme et dans un cas de blennorrhagie ophtalmique chez un nouveau-né.

A. Doyon.

lai

de

sai

tôr rel

pra

inj

foi

sy

ď

tic

l'a

ur

ge

cu

de

ne

ce

pa

OL

tion at

fr

de

Leucorrhée des petites filles. — Cahen-Brach. Die Urogenitalblennorrhæ der kleinen Mädchen. (Jahrbuch für Kinderheilkunde, 1892, p. 369.)

Des recherches de l'auteur il résulte :

1º La leucorrhée infantile constitue dans la plupart des cas, quand elle est accompagnée de sécrétion profuse, une véritable blennorrhagie.

2° L'infection indirecte qui, dans ces cas, survient plus souvent que dans l'âge adulte envahit outre la vulve encore l'urèthre et provoque dans cette partie une inflammation presque pathognomonique pour la blennorrhagie des petites filles.

3° Ce n'est que plus tard que le vagin est affecté, sa réceptibilité pour le contage blennorrhagique ainsi que celle de la uulve diminue avec l'âge.

4º Ce n'est que rarement que le processus envahit la cavité cervicale et ensuite l'utérus, les trompes et le péritoine.

5º La blennorrhagie infantile peut aussi occasionner quelquefois des métastases sur les articulations,

6° Comme la maladie guérit spontanément, en moyenne dans l'espace de trois mois, son pronostic est essentiellement plus favorable que chez les adultes, bien que chez les enfants on la voie durer des années avec des périodes intermittentes d'état latent.

7º Au point de vue thérapeutique, il est préférable d'intervenir d'une manière aussi peu active que possible. De même pour la prophylaxie, il est essentiel de ne pas laisser les petites filles partager le lit des personnes atteintes de blennorrhagie ni se servir de linges de toilette communs, etc.

A. Doyon.

Bubons (traitement des). — Spietschka. Ueber die Behandlung der Bubonen, insbesondere seit Anwendung der Welander, schen Methode. (Archiv. f. Dermatologie u. Syphilis, 1892, Ergängunshefte, II, p. 63.)

Dans un premier article paru en 1891, le Dr Welander signale les résultats extrêmement favorables qu'il a obtenus à l'aide d'injections de benzoate de mercure dans le traitement des bubons non encore suppurés. Ce même auteur ayant annoncé dans le courant de la même année que ces résultats s'étaient confirmés dans 59 nouveaux cas, Spietschka a essayé à son tour le même traitement dans la clinique du professeur Pick.

Suivant le volume de l'engorgement ganglionnaire, il injectait 1 à 2 seringues de Pravaz (rarement 3 à 4) en plusieurs points. La tumeur devenait alors plus sensible et en général, il y avait une légère élévation de la température. Peu de jours après les symptômes inflammatoires étaient plus prononcés, on constatait de la fluctuation. Souvent il s'écou-

lait par la piqure un peu de liquide purulent trouble, mais qui devenait de plus en plus clair et au bout de quelque temps la compression ne faisait sortir qu'une petite quantité de sérosité teintée de sang. Les symptômes inflammatoires diminuaient progressivement et en un temps relativement court le bubon était résorbé. Parfois, il était nécessaire de pratiquer quelques jours plus tard une seconde et même une troisième injection. Il en résultait une augmentation de l'inflammation, la tumeur était plus douloureuse, avec une légère élévation de la température, parfois au-delà de 39°,6, souvent aussi il survenait de la fluctuation. Les symptômes inflammatoires diminuaient ensuite graduellement et au bout d'un temps relativement court les bubons se résorbaient. Quelque fois cependant l'amélioration ne se produisant pas, il était nécessaire de pratiquer quelques jours plus tard de nouvelles injections.

Fréquemment aussi la fluctuation survenue après la première injection ne disparaissait pas, dans ces cas on évacuait le contenu du bubon à

l'aide d'une seringue aspirante ordinaire.

Ce contenu était constitué par un liquide épais, brun rouge, renfermant une masse de débris organiques nécrosés, de nombreux corpuscules rouges du sang en voie de dégénérescence, mais relativement peu de corpuscules de pus. Après l'issue du liquide on injectait la solution de benzoate de mercure, et on appliquait un bandage légèrement compressif, à l'acétate d'alumine. Mais dès le lendemain la cavité se remplissait de nouveau.

Les résultats étaient meilleurs si on faisait une incision d'à peine un centimètre pour donner issue au liquide, on introduisait ensuite de la gaze iodoformée pour l'empêcher de se fermer trop tôt et on on faisait un pansement par compression. On renouvelait le pansement tous les deux ou trois jours en le faisant précéder chaque fois du lavage de la cavité avec une solution de sublimé au millième. Avec ce mode de traitement la cavité se rétrécissait peu à peu, la sécrétion devenait plus rare, l'infiltration périphérique diminuait lentement, les bubons guérissaient. Appliqué aux bubons déjà fluctuants ce procédé donna également de bons résultats.

L'auteur a modifié la méthode de Welander. Dans les adénites purulentes et fluctuantes, il fait des injections de benzoate de mercure plus fréquentes et chaque fois sur plusieurs points de la tumeur, parfois jusqu'à trois et même quatre seringues. D'autre part, il n'attend pas trop de temps la résorption du liquide, mais il ouvre l'abcès par une petite piqûre, quelques jours après l'injection. On fait ensuite tous les 2 ou 3 jours une irrigation avec la solution de sublimé et on applique un pansement compressif. Les résultats ont été très favorables.

Sur 62 malades de la clinique, chez 23 les injections seules ont suffi pour amener la guérison. Dans 13 cas, il a fallu en outre évacuer le contenu de la tumeur en pratiquant une petite ouverture. Enfin dans 26 cas, après les injections, on procéda à l'opération ou bien on fut obligé d'avoir

encore recours aux injections.

En résumé, si cette méthode n'abrège pas notablement la durée de la maladie, elle est par contre très simple, elle ménage les ganglions lymphatiques et ne détermine pas des cicatrices souvent très désagréables.

A. Doyon.

Chancre simple gangreneux. — Gördes. Ein Fall von Ulcus molle gangraenosum Vaginæ. (Centralblatt. f. Gynækologie, 1893, p. 59.)

Les chancres mous gangreneux du vagin sont relativement rares. Le cas rapporté par M. Gördes est intéressant à ce point de vue ainsi que par sa terminaison fatale.

Il s'agit d'une jeune fille qui, lorsqu'elle vint le consulter, se plaignait de douleurs vives dans le vagin. La maladie datait de trois à quatre semaines et s'était très aggravée dans les derniers jours; elle pouvait à peine marcher. Elle avait pratiqué le coît une première fois il y a 5 mois et une dernière fois il y a 5 semaines.

A l'examen on constatait l'état suivant : œdème considérable des grandes lèvres, entre lesquelles faisaient saillie des lambeaux gris noirâtre, qui paraissaient être des parties des parois vaginales gangrenées dans tout leur pourtour ; odeur putride. Cette femme était enceinte d'environ quatre mois.

Le lendemain on chloroformisa la malade et un examen plus complet permit de constater que le vagin, dans toutes ses parties superficielles, sauf une bande en arrière et à droite, légèrement colorée, était envahi par la gangrène qui avait plus d'un centimètre d'épaisseur; avec des pinces et des ciseaux on pouvait facilement enlever, presque sur toute l'étendue du conduit vaginal, des lambeaux ayant jusqu'à cinq centimètres de large. On racla tout le vagin avec la curette, jusqu'au tissu sain. L'hémorrhagie fut relativement insignifiante.

L'infection primaire paraissait avoir son siège sur la paroi antérieure gauche du vagin, du moins c'est là, près des replis, que les destructions étaient les plus profondes et les plus étendues. Le col n'était pas gangrené, mais cependant il présentait une teinte gris bleu. Extérieurement la gangrène s'arrêtait à l'entrée du vagin. Pendant le raclage on avait fait des lavages avec une solution de créoline à 1 p. 100, ensuite on appliqua des tampons de gaze iodoformée à 10 p. 100.

Le lendemain en renouvelant les tampons on ne constata qu'une légère sécrétion, pas d'élévation de température, pas de douleurs, les lèvres ont sensiblement diminué de volume.

Le jour suivant, on renouvelle les tampons, la malade n'a pas uriné hier, l'introduction de la sonde n'amène que quelques gouttes d'urine; légère somnolence qui augmente ensuite graduellemeut (coma urémique?). Craignant une intoxication par l'iodoforme, on remplace les tampons de gaze iodoformée par des tampons d'ouate.

Le quatrième jour, état comateux caractérisé, urine un peu plus abondante; elle ne contient pas d'iode; temp. 35°,8; pouls 98; ni vomissements, ni crampes.

Le cinquième jour la malade avorta; pas d'hémorrhagie notable; mort deux heures plus tard.

A l'autopsie, la face interne de l'utérus était recouverte de masses diphtéroïdes; les deux reins avaient un volume de plus du double de celui qu'ils ont à l'état normal; l'état comateux était donc de nature urémique, cependant il n'y avait pas eu d'accès d'éclampsie urémique.

t

p

ľ

e

C

c

m d

q

ta

Rien ne prouve que dans ce cas il y ait eu un chancre mou. L'auteur ne signale nulle part sa présence. On pourrait, ce nous semble, bien plutôt penser à un simple traumatisme chez une femme, peut-être albuminurique, car sur ce point encore l'observation est muette.

A. Doyon.

Chancre simple. — P. Gibert. Contribucion al estudio etiologico del chancro blando. (Gaceta sanitaria de Barcelona, 1892, p. 125.)

L'auteur a repris les expériences de Roco de Luca qui a isolé du chancre mou des colonies de microcoques de couleur jaune de 0,5 à 0,6 µ, leur inoculation reproduisant le véritable chancre mou. De Luca concluait de ses expériences que, parmi les nombreux micro-organismes qui existaient dans la chancrelle, il se trouvait un microcoque qui isolé, et inoculé, reproduisait toujours la même ulcération, et il lui donnait le nom de microcoque du chancre mou. Ce sont ces recherches qu'a reprises le De Gibert. Il indique la technique qu'il a suivie et les résultats obtenus. C'étaient, d'après lui, des microcoques se développant en colonies jaunes et, comme on le verra plus loin, il semble que l'auteur ait bien plutôt cultivé le staphylocoque doré que tout autre microbe spécifique du chancre mou. Il inocula ce microbe et il reproduisit une vésico-pustule entourée d'une auréole inflammatoire, de forme acuminée, atteignant environ 4 millimètres, ressemblant absolument à une pustule vaccinale et à contenu jaunâtre. Des cultures de ce microbe provenant de ces vésico-fistules furent identiques aux premières. Ce microbe, dit l'auteur, ressemble tellement au staphylocoque doré que je déclare que c'est lui ou l'une de ses variétés. En le cultivant sur la gélatine, on atténue sa virulence et on lui fait perdre cette puissance qu'il doit acquérir sur les organes génitaux de certains sujets malpropres. Ce sont ces conditions locales s'unissant à un mauvais état général qui font que les microbes du pus acquièrent une virulence qu'ils ne possèdent pas dans d'autres conditions. Une condition qui favorise le développement de l'herpès vulvaire est la période menstruelle. Or, quelle différence y a-t-il entre cet herpès et la chancroïde herpétiforme? Aucune. Je ne vois entre ces lésions que des différences dans la quantité de l'infection locale et une inégale résistance des organismes infectés. Je conclus donc comme Sturgis continue l'auteur : l'auto-inoculation n'est ni caractéristique ni pathognomonique du pus du chancre simple. Le pus simple peut dans certains cas donner lieu à une auto-inoculation. Cette auto-inoculabilité est due en partie à l'inflammation inhérente au pus par suite de la présence du staphylocoque doré et en partie à une diminution de l'activité cellulaire des tissus. Le chancre simple ainsi considéré est donc une lésion déterminée par le pus qui, s'il manque d'un virus particulier, possède néanmoins une certaine virulence qui donne la raison de sa physionomie clinique.

PAUL RAYMOND.

Chancre simple. — Krefting. Ueber die für ulcus molle specifische Mikrobe. (Archiv. f. Dermatologie u. Syphilis, 1892, Ergängunshefte, n° 2, p. 41.)

Les expériences de l'auteur portent sur 14 malades de la clinique et

9 de sa clientèle privée. Elles ont été pratiquées avec le pus du chancre simple. Chez la plupart des malades les pustules d'inoculation ont été poursuivies jusqu'à 7 et 8 générations.

L'examen microscopique du contenu des pustules (environ 150) des diverses générations a été fait en général 2 à 3 jours après l'inoculation, avant la formation d'une croûte. Comme moyen de coloration Krefting a employé une solution que Cæsar Bæck recommande pour l'étude des champignons de la peau, en voici la formule :

Solution de borax à 5 p. 100	16 gr.
Solution aqueuse saturée de bleu de méthyle	20 gr.
Ean distillée	24 or

Presque toujours l'auteur n'a pas soumis à l'examen microscopique les plaies chancreuses ouvertes, ulcérées, en raison des contaminations diverses auxquelles elles sont exposées.

Dans toutes les pustules résultant des inoculations ci-dessus l'auteur a toujours trouvé des bacilles de 1,50 à 2  $\mu$  de long sur 0,50 à 1  $\mu$  de large, courts et épais, avec les extrémités arrondies et très souvent avec une dépression centrale.

Ils étaient soit disposés en groupes de 5 à 6 ou davantage tout autour du noyau dans le protoplasma même, soit au nombre de 2 ou isolés dans le protoplasma.

Habituellement, il n'y avait que des bacilles isolés entre les cellules. Il a semblé à l'auteur que ces bacilles se trouvaient surtout dans les cellules de pus et qu'ils en faisaient pour ainsi dire partie. Dans quelques pustules de la 1<sup>re</sup> et 2° génération on apercevait çà et là dans les préparations un bâtonnet plus allongé; rarement, il a vu des streptocoques et des staphylocoques, et seulement dans la 1<sup>re</sup> génération.

L'auteur a jusqu'à présent trouvé ce bacille dans toutes les pustules provenant de virus sûrement chancreux.

On peut colorer aussi les bacilles décrits ci-dessus avec d'autres colorants, par exemple avec la fuchsine et le violet de méthyle, mais on obtient une meilleure coloration avec le bleu de méthyle et surtout avec la solution de borax et de bleu de méthyle, parce que le protoplasma des cellules de pus n'est pas aussi fortement coloré, de telle sorte qu'on peut voir les bacilles, même s'ils se trouvent dans les cellules. Ils se décolorent facilement avec l'alcool et l'acide acétique étendu, ils ne se colorent pas par la méthode de Gram.

Les essais de culture que l'auteur a faits avec les pustules de malades hospitalisés ont échoué. Ces essais ont été faits du 2° au 3° jour après l'inoculation, les pustules ayant été au préalable desséchées avec soin au moyen de l'éther. Cet insuccès des cultures constitue une lacune dans la série des preuves permettant d'affirmer que ce microbe est pathogène.

Mais d'autre part la présence constante de bacilles, presque toujours sans contamination, dans toutes les pustules obtenues par inoculation en plusieurs générations, se rapproche beaucoup comme valeur probante de celle d'une culture.

Krefting a pu constater aussi la présence du bacille dans la sécrétion

le

aş

C

1

ļ

d'un bubon virulent, qui s'était ouvert sous un bandage, ainsi que dans les pustules obtenues par l'inoculation de la sécrétion.

Des essais de culture avec la sécrétion du bubon sur sérum, bouillon, agar-agar et gélatine n'ont donné lieu au développement d'aucune espèce de bactéries.

Par contre, dans le pus de bubon non virulent, en dépit de nombreuses recherches, Krefting n'a jamais trouvé de microbes d'aucun genre.

A. Doyon.

Chancre simple. — P. G. Unna. Der Streptobacillus des weichen Schankers. (Monatshefte f. prakt. Dermatologie, 1892, t. XIV, p. 485.)

L'étiologie du chancre mou est encore très obscure. Jusqu'ici on n'a pas trouvé un bacille incontestable du chancre. Le seul progrès positif réalisé dans cette voie est la description d'un bacille par Ducrey en 1889. Cet observateur a pu du moins en montrer des cultures pures naturelles dans la sécrétion de chancre mous inoculés artificiellement. Mais Ducrey n'a pas réussi jusqu'à présent à cultiver ce bacille. Il ne lui a pas été non plus possible de découvrir d'une manière constante ce même bacille dans le tissu du chancre mou.

L'auteur croit avoir fait faire sous ce rapport un pas considérable à l'étiologie du chancre simple. Il a examiné successivement 5 cas où le diagnostic clinique était incontestable. Sur les coupes Unna a trouvé un seul et même bacille. Il a fait cette découverte à l'aide d'une méthode spéciale de coloration, dont il se sert presque exclusivement pour l'étude simultanée des cellules de plasma, des Mastzellen et des bactéries du tissu corné. Voici son procédé: traitement des coupes après durcissement dans l'alcool par du bleu de méthyle très alcalin et décoloration à l'aide d'un mélange d'éther et de glycérine (ou styron). On porte les coupes surcolorées sur le porte-objet, on sèche rapidement avec du papier brouillard et on ajoute immédiatement une goutte du mélange d'éther et de glycérine qui achève en quelques minutes la décoloration. On sèche ensuite de nouveau et on met quelques gouttes d'alcool absolu pour la déshydratation complète, puis on monte dans l'huile de bergamotte et le baume. Comme couleurs, les solutions anciennes de bleu de méthyle contenant de la potasse caustique ou du carbonate de potasse sont préférables aux solutions récentes.

L'auteur recommande surtout la solution suivante:

Chauffer jusqu'à réduction à 100 grammes et ajoutez :

 Sur des coupes ainsi colorées on voit toute la zone externe du chancre mou remplie par les bacilles en question. Si le chancre simple est de date très récente et présente seulement une dépression peu profonde, taillée à pic, le bacille se trouve exclusivement dans cette zone supérieure en nécrobiose et sur une bande voisine du tissu plasmomateux non encore en voie de décomposition. Au contraire si le chancre est ancien, si le fond mou est sillonné de fissures profondes caractéristiques, rayonnant dans tous les sens, on voit aussi le bacille pénétrer profondément dans le tissu plasmomateux. Il accompagne chaque fissure jusque dans sa partie la plus profonde et remplit le liséré nécrobiotique qui recouvre les fissures, de telle sorte qu'on peut en conclure qu'il a dû exister aussi dans les parties nécrosées. Ici également le bacille dépasse partout un peu la limite du tissu mort et pénètre dans le tissu plasmomateux encore vivant, dont le chancre mou est presque exclusivement formé.

Quant au bacille, il s'agit d'une variété assez petite et courte. La longueur est de 1 1/4 à 2  $\mu$ , la largeur est constamment de 1/3 de  $\mu$ . Les extrémités du bacille ne sont pas arrondies.

Mais ce qui caractérise surtout le bacille, c'est son mode remarquable de développement en chaînettes dans le tissu. Dans la zone étroite du chancre de date récente on est déjà frappé de la réunion fréquente de plusieurs bacilles en courtes chaînettes, au nombre de 4, 6, 10, légèrement ondulées qui serpentent entre les cellules du tissu. Vers le bord externe il y a souvent des chaînettes analogues parallèles à la surface, mais vers le tissu sain quelques chaînettes s'enfoncent perpendiculairement à la surface, c'est-à-dire dans le tissu encore vivant. Au lieu de chaînettes à une seule rangée, il en existe aussi à 2, 3 et même 4 rangées qui font l'effet d'amas à stries longitudinales régulières. En d'autres points on rencontre de véritables amas encore plus larges, constitués par des chaînettes de bacilles. Si l'on examine avec soin la disposition des bacilles, on remarque que leur mode fondamental de groupement est toujours la chaînette; leur développement est donc analogue à celui des streptocoques.

Mais leur disposition en chaînettes est beaucoup plus accusée encore dans les chancres de date ancienne traversés de fissures profondes. Ici les bacilles, en chaînettes de 100, et plus ordinairement à 2 ou 3 rangées, accompagnent les fissures jusqu'au fond, se réunissent çà et là à d'autres chaînettes qui suivent une marche parallèle à une certaine distance, pour s'en séparer ensuite et parfois se réunir encore avec elles.

Ces longues chaînettes sont toujours légèrement onduleuses et se trouvent sans exception dans les fentes lymphatiques, entre les cellules du tissu. Jamais Unna ne les a jusqu'ici rencontrées dans les cellules, ni dans les leucocytes, ni dans les vaisseaux sanguins.

Ce bacille se rencontre-t-il seulement dans le chancre mou ou dans d'autres affections analogues, notamment dans les ulcères? L'auteur a examiné à ce point de vue un grand nombre de chancres indurés, un herpès ulcéré, des ulcères syphilitiques secondaires et tertiaires, un ulcère de jambe, des ulcères impétigineux et ecthymateux, sans découvrir la plus légère trace de ce bacille. Les résultats ont été également négatifs dans les chancres mous en voie de transformation syphilitique, dans d'au-

tre

Ce

cil

au

cu

il

L

il

il

ré

m

ba

il

S'i

du

au

bl

cô

fo

ď

01

m

CE

le

C

tres à la période de réparation et enfin dans un cas traité par le dermatol. Ce n'est que dans deux chancres serpigineux qu'Unna a trouvé des bacilles analogues en chaînettes, il ne sait pas encore s'ils sont identiques aux streptobacilles du chancre mou.

L'auteur ne saurait dire si le bacille en chaînettes qu'il a découvert est le même que celui décrit par Ducrey.

A. Doyon.

Chancre simple. — Ch. Audry. Bactériologie clinique du chancre simple et des blennorrhagies compliquées. (Gazette hebdomadaire de médecine et de chirurgie, 4 mars 1893, p. 101.)

M. Audry a retrouvé dans le chancre simple développé à la suite d'inoculation expérimentale le bacille décrit par Ducrey et figuré par Krefting; il a trouvé également, mais plus rarement, le strepto-bacille de Unna. L'examen du chancre initial ne fournit pas de résultats probants quand il siège dans la région balano-préputiale ou dans la région vulvaire, où il estinfecté par toute une série de micro-organismes; en dehors de ces régions, on peut y trouver le bacille de Ducrey. L'auteur a rencontré ce même bacille dans un cas de bubon chancreux sur 4 cas qu'il a examinés; il pense donc que le bubon peut être primitivement virulent et que le bacille du chancre simple peut être pyogène par lui-même. En pratique, il considère la présence du bacille comme la preuve absolue qu'il ne s'agit pas d'un chancre simple, tout en faisant remarquer que l'examen du pus des chancres balano-préputiaux et vulvaires ne peut fournir aucune conclusion positive.

Toutes les fois que l'auteur a examiné le pus uréthral dans des cas de blennorrhagie accompagnée de complications quelconques, il a trouvé à côté du gonocoque des micro-organismes différents; de plus, toutes les fois qu'on trouve à côté du gonocoque des microbes différents, on a, d'après lui, beaucoup de chance d'avoir affaire à un malade qui a, a eu ou aura des complications.

A propos du gonocoque, il fait remarquer que la décoloration par la méthode de Gram n'a pas une valeur diagnostique absolue car le même caractère appartient à d'autres micro-organismes existant normalement ou anormalement dans les régions préputiale et vulvaire. Il pense que les arthrites et les synovites blennorrhagiques ne sont pas produites par le gonocoque, mais sont le résultat d'infections secondaires.

GEORGES THIBIERGE.

Chancre simple. — P. Tommasoli. L'ulcera molle et il bubone venereo in rapporto colle stagiani (Rassegna di scienze mediche, janvier 1893.)

L'auteur a continué à Modène des recherches statistiques sur la fréquence du chancre simple et du bubon suivant la saison, recherches qu'il avait déjà faites en 1885 à Bologne.

Les statistiques de l'hôpital et du dispensaire de Modène, de 1880 à

1892, l'ont amené à la même conclusion qu'il avait déjà formulée, à savoir que le nombre des chancres et celui des bubons varient suivant les saisons et présentent leur maximum à l'automne et leur minimum au printemps. Il constate le fait sans en pouvoir donner l'explication.

GEORGES THIBIERGE.

### NOUVELLES

Le professeur Maiocchi (de Bologne) a été appelé à Rome pour remplacer dans la chaire de dermatologie et de syphiligraphie le professeur Manas sei, décédé au mois de janvier dernier.

Congrès médical international de Rome. — La section de dermatologie et de syphiligraphie aura comme président le professeur Tommaso de Amicis, de Naples.

Voilà les six questions générales soumises à la discussion :

1º Gonocoque et processus blennorhagiques.

2º Quelle place assigner en nosologie au sarcome primitif idiopathique de la peau.

3º Nature du chancre simple.

4º État actuel de la question du lichen.

5º L'eczéma et sa nature.

6º Quand doit-on commencer le traitement général de la syphilis.

Société italienne de dermatologie. — Depuis longtemps préparéela création d'une société de dermatologie et de syphiligraphie en Italie paraît devoir se réaliser à l'occasion du congrès de Rome. Les statuts de la future société sont publiés dans le dernier numero du Giornale Ital. delle mal. vener. e della pelle et seront soumis à l'approbation de nos confrères à la veille même du Congrès de Rome. Le comité d'organisation de la société est composé de MM. de Amicis, président; Maiocchi et Pellizzari, vice-présidents; Barduzzi, secrétaire; Ducrey, vice-secrétaire; Ciarrochi, trésorier.

Nous applaudissons de grand cœur à l'initiative de nos collègues. La création d'une société italienne de dermatologie à laquelle nous n'avons cessé de les pousser contribuera à compléter ces sociétés de dermatologie florissantes dans chaque pays, et dont les congrès internationaux de dermatologie forment tous les trois ans en quelque sorte la fédération.

H. F

Le Gérant : G. Masson.

IMPRIMERIE LEMALE ET Cie, HAVRE

le.

ap

ge

l'a

m l'i

et

tic

m

de

qu

tr

et

SU

ch

m

to

ti

86

### TRAVAUX ORIGINAUX

## SUR L'HISTOPATHOLOGIE ET LA PATHOGENÈSE DE L'ICHTHYOSE

NOUVELLES ÉTUDES.

Par le professeur **Pierleone Tommasoli**. Directeur de la Clinique dermo-syphilopathique de Modène.

Le Dr Thibierge, après avoir résumé pour les lecteurs des Annales de dermatologie, etc., (avril 1892) les nouvelles données histotologiques ainsi que les nouvelles considérations sur l'étiologie et sur la nature de l'ichthyose que j'ai publiées en 1889 et en 1891, et après avoir exposé en peu de mots ma manière d'entendre la pathogénie de cette affection, termine ainsi : « Il nous est difficile de suivre l'auteur dans cette voie hypothétique où nous n'entrevoyons pas mieux la solution du problème de la nature et de la pathogénie de l'ichthyose que dans la théorie parasitaire soutenue, il y a quelques années, pour cette même maladie par un éminent dermatologiste ».

Ce n'est pas la première fois, à vrai dire, que dans le symphatique et brillant langage de Bazin, Hardy et Diday, mes pauvres propositions, par lesquelles je cherchais à expliquer l'ichthyose à l'aide d'un mannequin habillé de vieilles théories humorales, voient se fermer devant elles la voie du succès auquel je vise si ardemment. Mais quelque grande que soit la déférence que j'aie pour tous mes adversaires très autorisés et aimablement persuasifs, comme mon ami Thibierge et quelque grande que soit la méfiance que j'aie de moi-même, je ne suis pas capable de me déclarer vaincu. Car plus j'observe dans le champ clinique, plus j'étudie dans le champ histologique, plus je médite dans le champ étiologique et plus il me semble que je suis toujours le plus près de la vérité.

Mais comme il est aussi possible que j'aie fait un songe humoristique, et que je suis toujours disposé, quand on me le prouve, à reconnaître et à avouer franchement mon songe, j'ai cru de mon devoir d'exposer de nouveau et brièvement les arguments et les faits qui, selon moi, peuvent soutenir mon humble opinion. J'y ajouterai tout

ce que mes études m'ont fourni de nouveau, pour que l'on voie si elles sont vraiment dignes de censure. Et si l'on me prouve qu'elles le méritent, je me soumettrai.

Je ne dirai pas ici quelles sont les différentes opinions sur l'ichthyose, car celui qui peut s'intéresser à mes répétitions, les connaît toutes. Mais je préfère insister sur les points où il y a plus de dissentiment entre mon opinion et les opinions prédominantes, et je me hâte, encore une fois pour toujours, à définir comment on doit entendre, selon moi, cette dermatose sybilline.

« Si l'on considère l'épiderme comme un vrai organe parenchymal constitué par le corps papillaire qui en représente le stroma, et par les couches épithéliales qui en représentent le parenchyme, nous entendons l'ichthyose comme une affection véritable et propre de cet organe parenchymal. L'affection est souvent héréditaire, quelquefois simplement congénitale, rarement acquise; elle est habituellement douce (légère) et engourdie (torpide); elle est symétriquement diffuse et prédomine en général dans les régions où la peau est la plus aride, la moins souple et la moins délicate; elle a un cours chronique et bien souvent interminable avec des améliorations possibles en été même spontanées ; elle est apparemment compatible avec la bonne santé; mais elle est réellement toujours accompagnée d'altérations plus ou moins profondes de la nutrition soit héréditaires, soit congénitales, soit acquises; elle paraît intimement connexe avec un vice plus ou moins grave de la fonction sudorale; elle commence par un procès phlogistique paratypique, insidieux et lent, du stroma épidermique, d'où il résulte une augmentation des couches cornées par suite de l'hypertrophie active du parenchyme épidermique; et elle se termine, quand rien n'en modifie le cours, par une sclérose superficielle atrophique du stroma épidermique jointe à l'angiectasie endo-papillaire, d'où à cause de la consécutive distrophie du parenchyme superposé, il résulte également comme fait final, une augmentation des couches cornées, qui s'écaillent continuellement, sans une augmentation correspondante des couches épithéliales inférieures : son origine doit tout probablement être cherchée dans une autointoxication chronique encore à déterminer.

Il est donc facile de conclure que je suis bien loin de l'opinion de tous ceux qui ne savent voir dans l'ichthyose « qu'une difformité congénitale de la peau ». Et il est aussi évident que je partage complètement les idées de M. Unna quoique je me trouve tout à fait en opposition avec lui sur le champ de l'étiologie, parce que je considère cette affection comme la forme la plus simple et la plus modeste, même paratypique, du catarrhe sec de la peau, de la même façon

Į

1

d

M

d

1

d

tl

j

di

que selon moi, la séborrhée sèche ou pityriasis capillitii qui, suivant Köbner, s'accompagne toujours d'ichthyose est un catarrhe sec de la

Est-ce que j'ai raison? Les études futures le diront. Et c'est pour en préparer la réponse que je prends la liberté de parler de nouveau sur les divers points qui sont comme les principes fondamentaux de l'idée nosologique que je caresse depuis longtemps, avec l'intention constante de mettre de plus en plus en évidence les deux termes qui forment la substance entière de mon idée, c'est-à-dire : 1° que l'ichthyose est une maladie épidermique et non pas une difformité; 2º que cette maladie est causée par un vice général de la nutrition. Et j'ose espérer que, si mes répétitions peuvent ennuyer mes bons lecteurs, la vérité n'en souffrira point.

 Quand l'ichthyose se développe-t-elle? — Hébra posa la loi que la véritable ichthyose ne débute jamais avant l'âge de deux ans, et que, jusque-là, elle ne se manifeste guère que par un état pityriasique des téguments. Besnier au contraire a catégoriquement affirmé que l'ichthyose ne peut être méconnue au delà de la première ou de la seconde année, et que, au delà de cet âge, nous n'aurons que des kératonoses ichthyosoïdes, qui peuvent simuler l'ichthyose, mais qui, loin d'être systématiquement confondues avec elle, doivent en être soigneusement distinguées.

A présent la loi de Hébra est déjà tombée à cause d'un vice d'exagération que tout le monde a reconnu. Et je crois que le même sort doit être réservé pour la loi formulée par Besnier et acceptée, à ce que je sais, sans contradictions en France, car selon moi, l'éminent

dermatologiste français aussi, « a certainement exagéré ».

J'ai beaucoup insisté sur cela dans mes diverses publications que j'ai faites sur le même argument : je dois encore insister sur cela pour

des raisons de principe et pour des raisons de fait.

Pour des raisons de fait, car outre le cas de M. Profeta, que M. Thibierge même a déjà rappelé; outre les cas de M. Kaposi que j'ai déjà fait remarquer plusieurs fois, et outre le cas que j'ai publié en 1885, sans trop demander à la littérature dermatologiste s'il y en a d'autres inconnus, je vais faire connaître un nouveau cas où l'ichthyose demeura décidément méconnue jusqu'après l'âge de 20 ans.

Il s'agit d'un pauvre ouvrier âgé de 65 ans (V. L., de Landiano) que j'ai trouvé parmi les pellagreux, dans la Maison d'aliénés de Reggio-Emilia dans une excursion que j'ai faite pour étudier la pellagre. Aucun membre de sa famille n'a jamais souffert de maladies cutanées qui ressemblent à la sienne. Il a un frère et une sœur parfaitement sains. Jusqu'à l'âge de 20 ans, il eut la peau saine et il ne se souvient pas d'avoir été malade. Pour fuir la misère de sa famille et les travaux trop rudes auxquels la misère le condamnait, il a été soldat pendant 12 ans ; et c'est précisément pendant son service militaire que cet infirme a remarqué les premiers faits morbides sur sa peau. (Polotebnoff a déjà rappelé l'attention des dermatologistes sur l'importance que la vie militaire a dans la pathogenèse de l'autre kératodermite que nous appelons psoriasis).

Le susdit ouvrier s'aperçut que dans quelques régions, comme le visage et la partie supérieure de la poitrine, la fonction sudorale s'était grandement augmentée. Dans d'autres parties du corps, au contraire, comme le tronc et les extrémités, il ne suait plus; et pendant l'hiver ces parties qui furent frappées de l'anidrose ou, pour mieux dire, de l'hypoïdrose, devinrent arides et écailleuses. Au retour de l'été la peau devint parfaitement saine, et la fonction sudorale fut de nouveau assez équilibrée; mais le mal parut encore avec la même forme quand l'automne vint. Pendant le dernier hiver de son service militaire il entra dans l'hôpital de Reggio pour faire soigner sa dermatose, qui disparaissait complètement tous les étés, et reparaissait en hiver et toujours pire. Quand cette affection cutanée allait attaquer l'infirme, il devenait faible, épuisé, incapable de travailler et se plaignait continuellement d'une grande confusion à la tête.

Lorsqu'il eut atteint l'âge de 40 ans, son affection écailleuse se fit permanente, car en été elle ne présenta plus que des améliorations plus ou moins sensibles, et s'étendit à presque toute la surface cutanée en offrant le tableau le plus typique d'une grave ichthyose vulgaire. Il y a deux ans, j'ai photographié le malade, et si l'on veut examiner mes photographies, on trouvera que ce tableau conserve toujours intacte sa forme classique.

Depuis une vingtaine d'années notre infirme, qui a sans cesse labouré la terre, présente tous les printemps sur le dos des mains et des pieds, et sur le visage, un érythème qui est toujours suivi d'une abondante chute d'écailles. Pendant ce second fait morbide, l'infirme accuse beaucoup de faim, un sens ennuyeux de sécheresse à la bouche, un affaiblissement général et une insomnie obstinée. Il semble qu'il a même eu quelquefois des bruits aux oreilles, des vertiges et quelque léger trouble mental. Puis en été tout a toujours disparu et il n'est resté sur la peau que les traces plus ou moins graves de l'ichthyose.

Pendant les 5 dernières années l'ichthyose est devenue immuable et grave, et les érythèmes des parties découvertes ont été plus diffuses et plus intenses.

Maintenant l'infirme est en proie à une forme typique de pellagre jointe à une forme typique d'ichthyose nacrée et serpentine.

Je dois encore insister pour des raisons de principe, car il me semble trop dangereux, au moins en dermatologie, de vouloir faire consister l'existence d'une entité morbide dans un seul attribut, à moins de conditions très exceptionnelles. Presque toutes les maladies ont des habitudes de prédilection; mais n'avons-nous pas tous les jours l'exemple d'un grand nombre d'exceptions?

le

E

pe

ce

lu

ar

fe

lis

V(

V(

di

l'e

m

cl

co

aı

te

m pr

er

m

Se

ic

Tout le monde sait que le rachitisme, qui est une maladie par ralentissement de la nutrition, comme je crois qu'est précisément l'ichthyose, se développe ordinairement pendant la période de la première dentition et se réalise surtout entre six et trente mois. Eh bien! n'est-ce pas du rachitisme pur et véritable celui qu'on appelle fætal, dont Muller et Klebs ont établi la réalité? N'est-ce pas celui qui arrive seulement à l'époque de la puberté? N'est-ce pas celui qu'Ollier a observé chez un jeune homme de dix-sept à dix-huit ans?

L'ostéomalacie, pour emprunter à Bouchard une autre maladie qui a aussi sa cause dans le ralentissement de la nutrition, tout le monde sait que c'est une maladie des femmes et presque exclusivement des femmes enceintes, et tient à un ensemble de circonstances qui se réalisent par la fonction de génération.

Eh bien! devrons-nous nier pour cela que c'est une véritable ostéomalacie celle de décroissance ou sénile dont M. Charcot nous a donné

une si exacte description symptomatique?

L'école de Vienne aussi, pour revenir au champ dermatologique, voulut refuser d'admettre comme prurigo d'Hebra celui qui eût débuté vers l'âge de 2 à 7 ans. Mais Besnier même, en parlant des prurigos diathésiques, qu'il met justement ensemble avec le prurigo d'Hebra, a modéré les termes de l'école de Vienne. Et plus récemment encore nous avons entendu le Dr Ehlers de Copenhague qui, se basant sur l'étude de plus de deux cents cas de prurigo, a dogmatiquement formulé - ce que j'avais décidément affirmé cinq ans auparavant, dans le chapitre « du prurigo » de ma « Relation d'une visite à l'école Viennoise (Bologna, 1887), et que M. Vidal vient tout récemment de confirmer au Congrès de Vienne - que « l'école de Vienne a décidément tort, en niant un prurigo qui revêt ses caractères distinctifs à un âge plus avancé ».

Or si cela est pour le prurigo, pourquoi ne pourra-t-il pas et ne devra-t-il pas être de même pour l'ichthyose, qui, comme j'ai déjà dit au chapitre VIe de mon étude « Ueber autotoxische keratodermi-

ten », a tant d'affinité avec le prurigo d'Hebra?

Je lis toutes les inimitables publications du professeur Besnier avec le plus grand intérêt, et je sais qu'il vient de dire que : « il est des maladies dans lesquelles la lésion par son unité, sa spécificité, etc., prime tout l'ensemble, et suffit à une caractéristique nosologique, il en est d'autres dans lesquelles la région par sa banalité, sa multiformité est, au contraire, primée par l'ensemble des caractères cliniques ». Eh bien! n'est-il vrai que dans les ichthyoses acquises, dont je viens de donner un autre exemple très expressif, la lésion et l'ensemble des caractères cliniques se donnent la main pour identifier ces ichthyoses-ci à celles qui débutent au premier âge de l'enfant?

La forme de l'affection, la manière de survenir plus communément insidieuse, l'extension, la gravité, le cours, la résistance, l'incurabilité, les phénomènes généraux et locaux concomitants sont identiques dans l'une et dans l'autre ichthyose : il n'y a qu'une seule différence dans l'époque du début. Décidément c'est bien peu de chose, pour que même les ichthyoses, héréditaires ou non qui se développent après la première enfance ne soient pas nosologiquement caractérisées comme de véritables ichthyoses.

Il va sans dire que je n'entends pas parler de ces états ichthyosiques, ni de ces pseudo-ichthyoses — kératonoses ichthyosoïdes de
Besnier, — qui ont des caractères de particularité, et de rapports avec
d'autres maladies ou cutanées ou antérieures, caractères qui sont tout
à fait spéciaux. Je crois que, entre les pseudo-ichthyoses et les
véritables ichthyoses, il y a unité ou presque, tant dans la cause
prochaine que dans le mécanisme de formation de la lésion; mais
les affections, par leur nature et par leur lointaine pathogénie, sont
aussi pour moi complètement séparables et parfaitement séparées, et
par conséquent il ne doit y avoir aucune équivoque.

Concluons: comme notre maître Besnier le premier et nous tous avec lui nous avons accepté sans difficulté une véritable ichthyose paratypique par raison de localisation, ainsi il me semble que l'on doit aussi accepter avec moins de difficulté une véritable ichthyose paratypique par raison d'époque de son apparition.

Et bien à propos on peut citer ici, pour terminer, ce que sagement dit M. Thibierge « que dans la description de cette dermatose, pas plus que dans aucune des descriptions pathologiques, on ne peut édifier de loi qui ne comporte des exceptions ».

2. Comment se développe l'ichthyose? — Celui qui lit tout ce qui a été publié même récemment sur cet argument, trouve bien souvent une indécision et une impropriété de langage et quelquefois même de telles contradictions de termes, qu'il en résulte trop de contraste avec l'indiscutable importance et avec la haute autorité de tous ceux qui ont plus ou moins directement traité cette question.

MM. Besnier et Brocq eux-mêmes, malgré leur correction de langage, leur immense expérience clinique et leurs grandes et profondes vues, qui forment la fortune et la fierté de l'école qu'ils représentent, n'ont pas toujours pu éviter ces écueils. En effet, en lisant, par exemple ce que Besnier a écrit sur l'ichthyose, nous l'entendons tantôt décidément affirmer « son immobilité évolutive » (1) tantôt déclarer que « le caractère évolutif, qui est plus accentué dans la xérodermie (pilaire), n'est pas non plus absent dans l'ichthyose, qui, si elle n'a

k

q

q

d

et

P

<sup>(1)</sup> Obs. p. servir à l'Hist. du Pit. r. pil. Paris, 1889, p. 108.

pas de fin, a un commencement et une période de progrès qui dure plusieurs années » (1).

Brocq aussi, après avoir appelé l'ichthyose « une simple difformité de la peau » et la kératose pilaire « une véritable dermatose ayant son évolution (2) » — il a plus tard appelé même la kératose pilaire « une petite difformité de la peau » (3) — laisse échapper que « la kératose a une évolution plus nette que l'ichthyose » (4), ce qui signifie donc que même l'ichthyose a une évolution; et il déclare aussi que « la kératose a des tendances plus inflammatoires » (5), ce qui signifie que même l'ichthyose a des tendances inflammatoires. Sans rappeler que pour distinguer l'ichthyose de la kératose pilaire, et pour affirmer encore mieux que l'une est une difformité et l'autre une véritable dermatose, Brocq a dû comparer pour la kératose « les cas intenses » et pour l'ichthyose « les cas typiques » (6).

C'est ainsi que, après avoir entendu Thibierge baptiser comme « caractère d'une grande importance diagnostique l'absence de toute rougeur au niveau des parties ichthyosiques » (7) nous le voyons déclarer que « des lésions multiples peuvent se développer sur la peau atteinte d'ichthyose, et les parties affectées de simple xérodermie sont souvent le siège d'une rougeur accompagnée d'épaississement

de l'épiderme » (8).

Je n'oublie pas que tout le monde interprète cette rougeur comme une complication; mais je n'en vois vraiment pas le pourquoi, car rien n'explique la complication, et la même rougeur n'est pas interprétée de la même manière dans la kératose pilaire où on ne la voit que dans les cas les plus intenses. Enfin tandis que tout le monde admet avec Besnier que l'ichthyose « ne connaît pas de période de guérison » (9), M. Thibierge dit que «l'ichthyose n'est pas absolument stationnaire » et que la peau peut reprendre « sa souplesse et son apparence normale... par la chaleur du printemps et de l'été » (10), et M. Brocq pense « qu'il suffit que les sécrétions glandulaires se repro. duisent pour que l'ichthyose disparaisse ou s'atténue » (11).

Eh bien! comment pourrons-nous expliquer tout cela? On ne doit pas oublier, pour répondre, que l'ichthyose est une maladie non-

(3) Trait. des mal. de la peau, 2º édit. Paris, 1892, p. 378.

<sup>(1)</sup> De la xérodermie pilaire. Appendice des trad. de Kaposi., t. II, p. 75.

<sup>(2)</sup> Not. p. servir à l'hist, de la kérat, pilaire, Annal., 1890, p. 235.

<sup>(4)</sup> Not., etc. de la kérat. pil.: Annales de derm., lov. cit., p. 235.

<sup>(5)</sup> Loc. cit., ibidem.

<sup>(6)</sup> Loc cit., ibidem

<sup>(7)</sup> Diction. encycl. des sc. med., art. Ichthyose, p. 369.

<sup>(8)</sup> Ibidem, loc. cit., p. 371.

<sup>(9)</sup> Obs. p. s. à l'hist. du pityr. r. pil, loc. cit., p. 113.

<sup>(10)</sup> Diction. loc. cit., p. 373.

<sup>(11)</sup> Traitem. des mal. de la peau, loc. cit., p. 356.

seulement rare, mais aussi une maladie dont le caractère clinique principal consiste dans son début insidieux; par conséquent je crois qu'il n'y a pas un seul dermatologiste qui puisse se vanter d'avoir vu deux fois une ichthyose se développer dès son début. On ne doit pas même oublier qu'un autre caractère clinique presque constant de cette maladie consiste particulièrement dans son cours doux et lent; de manière que, quand il arrive que, par suite d'une plus grande intensité de causes, elle nous présente une plus forte gravité de symptômes alors sa physionomie se change presque complètement, et il survient alors tous ces faits morbides que nous sommes plus enclins à considérer comme étrangers à la maladie et comme « complications indépendantes de la maladie même », que comme manifestations logiques et nécessaires des cas les plus intenses. On ne doit pas oublier tout cela car c'est uniquement de cette manière que, selon mon avis, nous pouvons expliquer pourquoi la nosologie de l'ichthyose est encore imparfaite, et pourquoi la nature de cette maladie est encore si diffusément et avec tant de ténacité, méconnue.

Mais il faut aussi ne pas oublier que ce qui explique ne justifie pas toujours. Dans la kératose pilaire, dans le pityriasis rubra pilaire, dans le psoriasis, et je voudrais même ajouter dans l'eczéma chronique squameux, l'exacerbation du mal, ou, comme on a coutume de dire, son passage à l'état aigu, entraîne après soi des formes morbides insolites qui vont constituer un tableau morbide bien différent de leur tableau morbide vulgaire et originaire, où, ainsi que dans l'ichtyose, la faiblesse et la torpeur de la lésion font mettre en doute et ont bien souvent fait méconnaître la véritable nature de la lésion même et du procès morbide d'où elle dérive. Cependant personne n'oserait aujourd'hui affirmer sérieusement que la kératose pilaire rouge grave, ou le pityriasis rubra pilaire grave (comme dans le cas de Boeck), ou le psoriasis rubra généralisé ne sont plus la même maladie, par cela seul que les anciens caractères habituels de procès inflammatoire paratypique ont été remplacés par quelqu'un des caractères typiques de l'inflammation. Et pourquoi cela? Parce que s'il est vrai que dans toutes ces affections, si affines à l'ichthyose, entre la tableau morbide vulgaire et le tableau morbide le plus vif, que j'appelle équivalent grave — qu'on me permette encore cette expression, dont je dis la raison au chapitre VII de mon étude « Ueber autotoxische keratodermiten » - il existe une plus grande continuité morphologique pour des raisons bien faciles à découvrir, et par conséquent la différence entre la forme douce et lente habituelle et la forme aiguë ou empirée paraît bien plus petite et se prête ainsi bien moins à des interprétations erronées; si cela, dis-je, est vrai, il est aussi vrai que toutes ces affections se prêtent moins à des interprétations erronées, car, étant en général bien plus fréquentes, elles ont L

été

d'e

Be

my

per

son

tier

bili

ses

niè

qu'

sar

l'ic

dé

rei

aya

da

COL

aff

ten

Es

qu

où

con

pri

du

dit

sai

fœ

pe

me de

I

été plus étudiées et par conséquent elles sont mieux connues. Il faut donc refaire encore entièrement, à l'abri de toutes causes d'erreur, non seulement l'anatomie de la peau ichtyosique, comme Besnier voudrait, mais aussi l'analyse clinique complète de cette mystérieuse maladie. Je prends pour cela la liberté de soumettre de nouveau à la méditation, sobrement et aussi succinctement que le permettra la nature ardue du sujet, les point les plus controversés de son tableau clinique, comme, par exemple : A) sa manière de s'initier; B) sa manière de se développer, et par conséquent les possi bilités paratypiques de sa physionomie, son évolution progressive, ses oscillations intercurrentes et son immobilité définitive; C) sa manière de se terminer et par conséquent sa curabilité plus ou moins

A) Comment commence l'ichthyose? J'ai déjà dit que je crois qu'il n'y a que peu de personnes qui puissent le dire avec connaissance de cause. On sait pourtant que tous ceux qui ne voient dans l'ichthyose qu'une difformité congénitale faisant partie de la constitution initiale de l'ectoderme, soutiennent absolument qu'elle existe déjà dès la naissance et qu'elle devient seulement ensuite apparente. Mais comment pouvons-nous concevoir une difformité qui, ayant son siège exclusivement dans l'épiderme, puisse ensuite pendant une, deux et même plusieurs années exister et rester à la fois complètement cachée? Et que deviennent alors pour nous toutes ces affections diffuses et vraiment congénitales que l'on comprend maintenant, à juste raison, sous la dénomination d'ichthyoses fœtales? Est-ce que, pour nous tirer d'affaire, nous devrons, nous aussi, nier qu'il s'y agit d'ichthyoses, pour faire ainsi une question de forme là où le plus ou moins de gravité d'une même maladie, si l'on tient compte de l'âge très spécial des infirmes et de la qualité et de la propriété encore plus spéciale de leur peau qui change ses aptitudes et sa manière d'être de jour en jour, comporte dans sa forme les plus grandes différences, sans que la nature de la maladie change le moins du monde? Et si nous faisons une question de forme, où mettronsnous les cas légers d'ichthyose fœtale, comme celui de Hallopeau et Watelet, et d'autres encore plus légers?

Thibierge, qui a étudié ces questions bien profondément, a bien dità propos des ichthyoses fœtales légères que « nous ne connaissons sans aucun doute que les formes les plus graves de « l'ichthyose sætale » et nous ignorons absolument ce que peuvent être et ce que peuvent devenir ses formes légères, mais ce n'est pas une raison pour en nier l'existence ».

Or, si nous n'en nions pas l'existence, qui n'admettra pas que la meilleure manière pour interpréter ces formes intermédiaires est de les considérer comme des traits d'union, plus que suffisants

pour établir entre les deux formes d'ichthyoses, la fœtale et l'infantile, le plus étroit degré de parenté?

Quand nous analysons le tableau clinique de l'ichthyose, abstraction faite de toute idée préconçue sur sa nature et sur sa pathogénie, nous trouvons dans les diverses histoires de cette affection que nous possédons, que l'ichthyose peut débuter dans deux temps divers, et c'est-àdire: 1° pendant la vie intra-utérine; 2° après la naissance. Dans le premier cas la manière de début de l'ichthyose est parfaitement inconnu. Dans le second nous devons admettre deux manières différentes de début. Dans la première, qui est la plus fréquente, la peau devient aride, rude et puis squameuse sans que l'on y reconnaisse une autre lésion quelconque antécédente et concomitante. Dans l'autre manière, au contraire, la formation des écailles est précédée de taches plus ou moins étendues et plus ou moins visibles d'une rougeur plus ou moins intense.

Nous savons que cette seconde manière de début est en général absolument méconnue, et quelques-uns ne l'admettent point. Pourtant on a beaucoup de cas qui en font foi. Et moi, sans faire trop de recherches historiques et sans pas même me servir des vieux cas de Hilton-Fagge qui, contre l'opinion générale, affirmait qu'il avait bien souvent remarqué dans l'ichthyose de la rougeur et de l'inflammation. et de Veiel et de Connol of Montreal, dont je me souviens toujours, je puis citer les cas de Röna et de Strauss, qui, tant pour leur fraîcheur que pour leur nombre en comparaison de la petite quantité d'histoires publiées sur l'ichthyose ces derniers temps, ont pour moi une très grande valeur. Je puis citer les cas que j'ai tout récemment observés, de deux enfants, deux frères, l'un de 5 ans et l'autre de 3, avec ichthyose nacrée, dans lesquelles la peau ichthyosique présente habituellement la couleur normale, mais à chaque frottement et particulièrement chaque fois que la mère va les laver avec de l'eau fraîche, il apparaît une intense rougeur diffuse de toutes les régions malades. Je puis citer aussi, à cause de leur grand poids pour ma thèse, les faits analogues que nous voyons se réaliser dans la kératose pilaire, dans les kératodermies palmaires et plantaires, et même dans le pityriasis rubra pilaire, qui ne sont que des affections, comme je viens de dire, très semblables à l'ichthyose, et dans lesquelles les cas ordinaires ou, pour mieux dire, ordinairement légers, se développent insidieusement sans que l'altération prékératosique de la circulation sanguine épidermique soit aperçue; et les cas les plus intenses sont précédés et accompagnés plus ou moins visiblement, selon la gravité du cas, de cette altération prékératosique dont dépend le symptôme rougeur.

Pour ce qui concerne le pityriasis rubra pilaire, j'ai le devoir de rappeler que personne n'ignore certainement, que le professeur BesL'H

nier

« au

déve

n'ap

décl

tre

pity

bide

moi

rem

en ]

con

rais

exis

suc

(1

(2

0

d'u

tho

80U

me

bre

ph

pa

nier considère la rougeur comme toujours secondaire et successive « aux phénomènes parakératosiques » et il croit « que toute rougeur développée au cours du pityriasis pilaire ou coïncidant avec son début n'appartient pas, ipso facto, à son processus » (1). Mais je dois aussi déclarer franchement que je ne puis absolument suivre l'illustre maître dans son opinion, car lorsque j'examine les 28 observations de pityriasis qu'il expose, je trouve la rougeur comme premier fait morbide ou parmi les premiers faits morbides, en beaucoup plus de la moitié de ces observations où le début de la dermatose est particulièrement rappelé. Et dans ces observations où la rougeur ne paraît pas en première ligne parmi les symptômes, je trouve que l'affection a commencé dans un point où une rougeur légère pouvait, par plusieurs raisons, être difficilement observée, ou que la rougeur qui n'a pas existé dans la période initiale, ne s'est pas montrée dans les périodes successives (2).

(1) Obs. etc. du pityr. rub. pil. Note à la page 112.

(2) Mon opinion contraire à celle d'un des plus illustres dermatologistes vivants, dont je suis, comme tout le monde sait, un des plus ardents admirateurs, pourrait sembler irrévérencieuse si je ne la soutenais pas avec les documents nécessaires. Voici ce que j'ai lu dans les 28 observations que M. Besnier a publiées dans son magistral ouvrage sur le Pit. rubra pilaire :

OBS. I (Cas de TARRAL. - « ... il y a environ dix-huit ans qu'il fut affecté d'une maladie qui commença à former des plaques rouges ou écailleuses sur le

thorax ... », p. 2.

OBS. V (de T. Fox). - « ... la maladie survint encore six mois avant l'admission, sous la forme de pustules (blotches) rouges... Dans l'espace d'une semaine, tout le corps et la tête devinrent rouges et un peu écailleux et il souffrit beaucoup d'une chaleur brûlante ... », p. 11.

OBS. VIII (de RENAUT). - La malade a commencé à remarquer un endolorissement des ongles : un mois après, la face se gonfla et devint rouge avec desquamation

assez abondante », p. 14.

OBS. IX (de RENDU). - « La congestion de la peau est considérable et à la

moindre piqure donne beaucoup de sang », p. 17.

Obs. XII. - « État de l'éruption (on ne dit rien du début). Érythrodermie généralisée, incomplète, c'est-à-dire rougeur sur tous les points du corps avec de nombreux lacs de peau saine », p. 26.

OBS. XIII. - « Première phase. Squames blanchâtres dans les sourcils. Seconde phase. Première apparition, à la nuque, de plaques rouges n, p. 27.

Ons. XIV. - « .... la malade, travaillant aux champs, fut prise sans cause connue d'une « rougeur farineuse » de la peau du visage et des mains.... », p. 30.

OBS. XVI. - « A l'âge de 14 mois, rougeole, après laquelle on constata que la paume des mains et la plante des pieds restaient rouges... », p. 34.

Obs. XVIII. — « Début à la région frontale etc., « par une rougeur un peu luisants n suivie de desquamation fine... n, p. 35.

OBS. XXI. - « Début par une formation de « pellicules » avec rougeur et gonflement leger ... D, p. 45.

Obs. XXII (de VIDAL). — « Il y a six mois environ, le malade s'aperçut d'un grand nombre de petits « boutons » rouges à la paume de la main... », p. 47.

Obs. XXIII (de VIDAL). — « ... Il s'aperçoit un matin que les joues, autour des

Il est donc certain, comme j'ai dit plus haut, que tant dans l'ichthyose que dans toutes les autres kératodermites qui, par tous les rapports possibles, sont plus voisines de l'ichthyose, de manière que beaucoup les ont voulu même identifier, nous avons une série de cas où l'affection commence insidieusement et la lésion hyperkératosique se découvre la première; et que nous avons certainement une autre série de cas où le début de l'affection est révélé par une rougeur plus ou moins visible et plus ou moins diffuse sur la peau qui va tomber malade. Par conséquent celui qui nie cette seconde possibilité de début pour l'ichthyose, va se placer contre l'évidence des faits dont on doit tenir compte.

Et celui qui, ne pouvant nier, ne veut pourtant pas voir dans cette rougeur une partie intégrale, tantôt visible, tantôt non, du procès, et se borne à la considérer ou comme l'effet de la coïncidence d'une autre cause de trouble vasomoteur, ou comme l'effet d'une action médicamenteuse épidermique, ou comme une de ces anomalies si fréquentes en dermatologie, il doit, lui aussi, selon moi, reconnaître son erreur devant le témoignage des faits. Car, quelques recherches que j'aie faites dans les histoires connues des malades de toutes les kératodermites qui ont de l'affinité avec l'ichthyose et surtout dans les histoires des malades d'ichthyose, je n'ai jamais réussi à trouver une bonne raison qui m'engage à admettre une complication ou toute autre cause étrangère au procès. Et quelques efforts que j'aie faits pour analyser attentivement tous les symptômes qui font distinguer le tableau morbide des cas intenses du tableau des cas légers, je n'ai pas trouvé un seul fait, qui m'empêche de considérer les symptômes, apparemment nouveaux et apparemment différents, des cas intenses comme une re-

yeux, présentaient une raideur non habituelle et une coloration rouge vif et étaient couvertes de petites pellicules... », p. 49.

OBS. XXVIII. — « Début par un « prurit à la paume des deux mains, où il se produisit des taches rouges qui bientôt commencèrent à desquamer. Peu de temps après, les mêmes lésions apparurent sur la face plantaire des pieds. En janvier il survint une rougeur intense sur le front, laquelle fut suivie de défurfuration... », p. 57.

J'ai done trouvé dans 13 observations que la rougeur a été remarquée ou comme premier symptôme ou parmi les symptômes devanciers. Par conséquent si l'on excepte toutes ces observations dont on n'a cité qu'un très petit fragment, et toutes celles où le début de la maladie n'a point été déterminé; et si l'on excepte même l'observation de Wickham (XXIV) dans laquelle au début il est écrit α pas de rougeur », mais il est écrit aussi là où l'on parle de la maladie dans tout son développement, que « la peau ne paraît pas avoir de coloration particulière, du moins à l'état de repos ; mais le moindre contact fait naître une coloration rose... » (p. 53); il me semble qu'on puisse affirmer que dans la presque totalité des cas la maladie a commencé par une rougeur. Et cela me dit que cette rougeur η'appartient qu'aux procès du pityriasis rubra pilaire, car je n'ai pu trouver d'autre cause qui puisse expliquer cette rougeur comme une coïncidence ou comme une complication ou comme une anomalie, et qui ne puisse pas même être comprise parmi les causes de tout entier le procès du pityriasis

L'H

proc

tion

ano

ave

par

pro

plu

ne p

d'u

log

dét

dar

nat

cor

des

fai

uti

no

pa

plu

in

no

la

d'

de

de

di

l'i

b

te

A

production plus sensible ou, je dirais presque, comme une continuation, d'un caractère progressivement croissant, des symptômes des cas légers, et qui me force à penser à l'idée artificieuse de quelque anomalie dermatologique.

A mon avis, les cas intenses ne sont que les cas légers regardés avec une loupe de grossissement. Tout ce qui, dans les cas intenses. paraît nouveau ou différent, est facilement expliqué, premièrement par cet ensemble de causes qui produisent une plus grande gravité de procès, secondement par les effets mêmes des lésions originairement plus graves. Et pourvu que lorsqu'un fait est tel, de sa nature, qu'on ne peut l'étudier assez à l'œil nu, il est très logique qu'on l'étudie à l'aide d'une loupe de grossissement ; par conséquent je pense qu'il est très logique, que le procès morbide de l'ichthyose, qui par son habituelle légèreté se revêt habituellement de symptômes peu prononcés, peu déterminés et quelquefois à peine visibles - doit être surtout étudié dans ses cas les plus intenses par celui qui veut connaître sa véritable nature. Et alors, les cas les plus intenses ne confondront pas les idées, comme ils ont fait jusqu'à présent, mais ils dévoileront le mystère des cas ordinairement légers.

B) Comment l'ichthyose se développe? - Je ne veux pas faire ici la symptomatologie de cette affection : ce ne serait ni utile ni à propos sous tous les rapports. Je veux seulement ouvrir de nouveau la discussion sur quelques symptômes qui, selon moi, ne sont pas trop bien compris, et sur quelques points parmi ceux qui sont le plus discutés dans le tableau clinique de l'ichthyose qui suit son cours.

On doit d'abord se demander quelle est la meilleure manière pour interpréter quelques faits qui sont très prochains à celui initial, que nous venons de discuter, et que l'on voit quelquefois paraître, ou sur la peau ichthyosique, ou sur la peau relativement saine qui est près d'elle. Nous devons ensuite nous demander à nous-mêmes quelle est la vraie signification du développement progressif que l'ichthyose présente. Enfin il me semble que l'on doit chercher la juste valeur à donner aux oscillations d'amélioration et d'aggravation, ainsi qu'aux guérisons d'une durée plus ou moins longue, qu'il arrive bien souvent de remarquer dans un nombre relativement grand d'ichthyoses pendant leur cours. Et tout cela uniquement dans le but de connaître si l'ichthyose est vraiment une malformation congénitale de la peau, ou bien une véritable dermatose.

a) Quant au premier point, je voudrais rappeler l'attention du lecteur surtout sur les symptômes typiquement inflammatoires, que l'on a vus bien souvent se développer, ou sur la peau ichthyosique, ou dans les régions saines de malades affectés d'ichthyose qui suivait son cours.

Nous avons déjà vu que Thibierge a déclaré que dans l'ichthyose « les parties affectées de simple xérodermie sont souvent le siège d'une rougeur accompagnée d'épaississement de l'épiderme, et quelquesois cette rougeur, venant compliquer une ichthyose légère de la face, rend le diagnostic difficile avec un léger état eczémateux». Et il faut dire aussi qu'il ajoute tout de suite que « l'eczéma peut d'ailleurs se développer aussi sur la peau ichthyosique, et cette complication est loin d'être rare; s'accompagnant d'un prurit plus ou moins considérable, elle a pu faire dire que le prurit s'observait souvent dans l'ichthyose... » (1).

On sait après cela par les écrits du professeur Besnier, « que la peau ichthyosique peut devenir le siège d'érythrodermies diverses de toute nature... » (2). Et M. Brocq déclare dans son livre classique (Trait. des mal. etc., 1892) que dans l'ichthyose « il n'y a que peu ou point de prurit, à moins que l'affection ne soit pas compliquée d'eczéma » « ce qui est assez fréquent... » (3).

C'est aussi à l'illustre professeur Besnier que l'on doit la connaissance de certaines « ichthyoses irritables, dans lesquelles la peau ne tolère aucun topique... » (4). Et nous avons entendu le professeur Kaposi même citer, à la Société derm. de Vienne (avril 1891), avec quelques variétés d'eczema, aussi certaines formes aiguës d'ichthyose. Et moi, j'ose enfin rappeler encore les formes spéciales et très rares d'ichthyoses congénitales, auxquelles M. Besnier a donné le nom de « ichthyose à poussées bulleuses » (5) et mon cher et savant ami v. Düring celui de « Ichthyosis mit pemphigoiden Eruptionen, oder Ichthyosis bullosa » (6).

On ne peut donc douter de l'existence de faits typiquement inflammatoires, qui peuvent se présenter, pendant le cours d'une ichthyose, sur la peau ichthyosique ou autour d'elle, car nous en avons des témoignages génériques irréfragables. Mais tous ces faits, comment doivent-ils être interprétés?

Il est naturel que celui qui ne voit dans l'ichthyose qu'une malformation congénitale, me répétera que ces faits ne sont que des complications ou des anomalies dermatologistes. Mais moi, comme à l'ordinaire, pour ce qui concerne ce dernier terme, je n'accepte aucune idée d'anomalie, même lorsque ma pensée s'arrête devant l'ichthyose la plus étrange et la plus sybilline, l'ichthyose bulleuse. Et je ne l'accepte pas, premièrement parce que je vois d'autres manières bien plus

L

fac

nn

mé

àl

du

ca

ne

m

ni

ca

gr

ha

bi

cl

to

la

P

cl

ti

r

le

t

7

<sup>(1)</sup> Art. Ichthyose. Diction., etc., p. 371-372.

<sup>(2)</sup> Obs., etc., de Pit. r. pil., p. 144.

<sup>(3)</sup> Pag. 357.

<sup>(4)</sup> Loc. cit., p 114.

<sup>(5)</sup> Annal. de Dermat. et Syph., 1889, p. 577 et suiv.

<sup>(6)</sup> Monatsh. f. prakt. Derm., 1892. B. XV, no 12, p. 608.

faciles pour réussir à expliquer ces faits, non habituels dans le tableau de l'ichthyose ; secondement parce que, quand mème je ne verrais pas une seule manière meilleure, par suite de l'idée que je me suis formée de la nosologie dermatologique, je devrais également me refuser à l'idée toute simple d'une anomalie quelconque, comme explication du fait, car selon moi, les anomalies aussi doivent nécessairement avoir elles-mêmes leur raison et par conséquent leur explication

Quant au terme complication, pour certains cas et dans la signification la plus bornée du mot, je pourrais même l'accepter. Mais, je ne puis admettre une complication comme fait indépendant de la maladie même, car cette indépendance ne me semble assez prouvée ni par la qualité des causes plus ou moins connues, qui peuvent avoir causé ces lésions typiquement inflammatoires, ni par le plus de gravité, ni par cette apparence de nouveauté, que, devant le tableau habituellement lent et indécis de l'ichthyose, peuvent nous offrir ces lésions.

M. Brocq, — je vais chercher un appui dans les faits, — connaît très bien le cas de John W. Byers, qu'il a reporté dans son étude crit. et clin. sur la dermatite exfoliatrice (Paris, 1883, p. 49). Dans ce cas il s'agit d'une jeune fille de vingt ans, ichthyosique depuis sa naissance, qui prit froid le 14 avril 1879, et vit quelques jours après sa poitrine devenir rouge; « en peu de temps, cette rougeur envahit tout le corps, et, dès le mois de mai, il se fit une desquamation en larges écailles. Elle entra le 23 septembre à l'hôpital, et elle y resta près de huit mois sans amélioration sensible; elle voulut sortir, eut chez elle une nouvelle poussée aiguë, puis une abondante transpiration qui fut suivie d'une amélioration réelle. D'ailleurs, la santé générale fut toujours excellente; il n'y eut qu'un léger degré de prurit : les ongles des mains étaient fort épaissis, il semble qu'il y ait eu un peu d'alopécie ».

Si je demande maintenant à mon savant collègue comment on doit interpréter cette rougeur intervenue, par suite d'un refroidissement, sur une peau ichthyosique, il me répondra aussitôt « qu'il est incontestable que c'est une maladie primitive », c'est-à-dire une complication indépendante de l'ichthyose. Et si je lui en demande le pourquoi, il me dira tout de suite « car l'ichthyose n'est qu'une difformité cutanée ». Mais si je demande encore, pour m'en persuader, que l'on me donne la preuve de la preuve, mon illustre collègue a-t-il jamais pensé à quels risques s'expose l'incontestabilité de son affec-

Moi, j'ai pu constater que la rougeur n'est pas un fait insolite dans le tableau initial de l'ichthyose ; j'entends tout le monde répéter que la rougeur est un fait très fréquent pendant le cours de l'ichthyose; je sais par plusieurs recherches histologiques d'autrui et par l'aperçu histologique, qui va être raconté, de six cas d'ichthyose que j'ai étudiés moi-même, que dans la peau ichthyosique il existe beaucoup de signes d'un ancien trouble de circulation; j'apprends enfin, par les paroles mêmes de M. Brocq, que dans le cas qui vient d'être cité, une abondante transpiration fut suivie d'une amélioration réelle, précisément comme il arrive bien souvent dans l'ichthyose, et après tout cela comment pourrais-je et pourquoi devrais-je penser que cette rougeur est un fait étranger à l'ichthyose, tandis qu'il me semble si logique qu'il est au contraire l'expression d'un vice de la circulation sanguine, épidermique qui, dans les conditions ordinaires de l'ichthyose avait été invisible, et qui est devenu ensuite très visible lorsque le processus a tout à coup empiré?

En vérité je doute beaucoup et j'admets même la possibilité d'une erreur de mon côté, quand je pense à la grande doctrine ainsi qu'au talent supérieur de mes maîtres, dont je me sens forcé de combattre l'opinion. Mais je ne puis partager leurs idées; et il me semble que l'interprétation, que je donne à ces faits morbides typiquement inflammatoires qui peuvent survenir dans une ichthyose ou s'associer à l'ichthyose, s'approche le plus de la vérité.

Je crois que des considérations du même genre et toujours sur le même terrain pourraient être faites même sur le *prurit* que je viens de nommer plusieurs fois.

Comme la rougeur, le prurit aussi a paru quelquefois parmi les premières manifestations de l'ichthyose au moment de son début, précisément comme on a vu dans quelque cas de pityriasis rubra pilaire; on l'a vu quelquefois parvenir et durer plus ou moins long-temps (accompagné aussi d'autres phénomènes subjectifs, comme un sens très ennuyeux de chaleur) pendant le cours d'une ichthyose, surtout quand tous les autres symptômes de celle-ci annoncèrent un certain empirement; on l'a vu quelquefois persister, plus ou moins intense, pendant toute la durée de l'ichthyose et suivre les phases des autres lésions ichthyosiques.

Or, comme la rougeur, le prurit aussi est interprété d'une manière bien différente par les auteurs. Et tandis que d'un côté, nous avons, par exemple, le professeur Kaposi qui dit : « toutefois, le tableau symptomatique de la maladie peut changer par l'apparition d'un eczéma au niveau des points malades, comme dans les endroits sains, et cette dernière complication est surtout déterminée par le grattage que provoquent les démangeaisons qui accompagnent toujours l'ichthyose simple » (1); nous avons de l'autre, le Dr Thibierge qui, comme nous avons déjà vu, s'exprime ainsi : « cette complication (l'eczéma) est loin d'être rare; s'accompagnant d'un prurit plus ou moins considérable, elle a pu faire dire que le prurit s'observait souvent dans l'ichthyose, alors qu'en réalité il y est presque toujours l'indice

L'I

d'u

on

poi

me

cas

1

elle

lige

pou

pell

lées

a d

rut

bou

jou

tou

cul

si i

apr

que

abo

ble

elle

ďu

I

mê

du

tou

gra

tou

trè

pa

jar

Elle

F

d'une complication » (2). Enfin nous avons le D' Brocq qui, comme on vient de voir, a affirmé que dans l'ichthyose « il n'y a que peu ou point de prurit ». Eh bien! à qui doit-on ajouter foi?

Pour répondre d'une manière satisfaisante, et avec l'espoir de mettre fin à cette discussion je vais raconter toute l'histoire du dernier

cas d'ichthyose que j'ai eu dans ma clinique :

V..., Clotilde, âgée de 27 ans ; dès l'âge de 16 ans elle est blanchisseuse; elle est maigre au teint jaunâtre, visiblement souffrante; de peu d'intelligence, lente à comprendre, très lente à répondre. Son père était, lui aussi, blanchisseur : notre malade ne sait pas s'il a jamais été malade : elle sait pourtant qu'il est mort très maigre à l'âge de 50 ans, probablement de pellagre. Son oncle paternel avait la peau écailleuse comme elle. Sa mère, encore vivante, ne jouit pas de bonne santé; elle est sujette à des céphalées presque continuellement; elle a les yeux toujours larmoyants; on lui a dit qu'elle est malade de pellagre elle aussi. Elle eut un frère, qui mourut à l'âge de trois mois par suite d'un mal inconnu qui lui enfla toute la bouche. Elle a deux sœurs vivantes plus jeunes qu'elle, qui n'ont jamais joui d'une bonne santé. L'une d'elles surtout est toujours affectée d'une toux sèche, que beaucoup de médecins ont dit qu'elle provient de tuberculose.

La malade ne se souvient pas d'avoir été affectée de maladies sérieuses. Elle eut ses règles à 16 ans, mais elles furent toujours douloureuses et si irrégulières qu'elle les voit paraître tantôt après un mois et demi, tantôt après deux mois, et quelquefois même après trois mois. Elle se souvient que, à l'âge de 12 ans, elle était déjà affectée de leucorrhée quelquefois abondante: son hymen est complètement conservé; il a été légèrement blessé, il y a peu de temps, par la main d'un médecin-accoucheur, à qui elle s'était adressée pour éloigner sa leucorrhée. La malade nous raconte d'un air chagriné que dans cette circonstance elle a perdu beaucoup de sang.

La maladie cutanée, à cause de laquelle elle entre à la clinique, fut découverte par elle vers sa 15° année. Mais nous apprenons par ellemême et par sa mère que bien avant sa 15° année elle avait la peau sèche, dure et prurigineuse. Le prurit a été presque continuel, et l'a toujours tourmentée; mais il a été relativement léger; par conséquent au lieu de se gratter, elle ne faisait que s'agiter et se tordre dans ses robes. Elle sua toujours très peu, et elle se souvient que, depuis son enfance, elle s'est toujours plainte d'une forte chaleur à la tête, et, de temps à autre, de céphalées qui la saisissent de préférence la nuit. Depuis longtemps elle se plaint aussi d'être agitée la nuit, par conséquent elle a toujours dormi très peu et mal, et pendant certaines nuits elle ne ferme jamais l'œil. La malade a toujours eu un excellent appétit; mais elle a toujours bien soif et ne peut endurer le froid.

Quand elle s'aperçut la première fois que sa peau devenait écailleuse, son affection était très bornée et il semble qu'elle n'était visible qu'à la partie postéro-externe des bras, à l'antéro-externe des cuisses et des jambes et aux flancs. Au commencement de chaque été elle se rétablissait complètement. La peau conservait sa sécheresse habituelle; mais elle reprenait son aspect physiologique. Puis à chaque hiver elle devenait encore squameuse, et l'affection devenait plus accentuée et plus étendue.

Pendant l'hiver 1892, à la fin duquel la malade a demandé à être reçue à la Clinique, elle assure que sa maladie s'est assez aggravée pour couvrir désormais presque tout son corps, et c'est pour cela qu'elle s'est décidée à se présenter à l'hôpital, d'autant plus que même ses conditions générales se gâtent tous les ans.

Le 9 mars 1892, nous trouvons: Cuir chevelu. Les cheveux de couleur noire, sont presque tous tombés, et s'ils ne sont pas oints, ils sont durs et secs. La peau est aride et dure au toucher, comme la chair de poule et est complètement couverte de beaucoup de furfure sèche et blanchâtre.

Le visage, le cou et les oreilles sont le siège d'un intense prurit habituel, et s'ils ne sont pas oints avec la glycérine, la peau s'y couvre rapidement d'une légère poussière blanchâtre.

La poitrine, dans la partie supérieure est couverte d'une peau très dure légèrement farineuse.

Les mamelles ont les proportions précises de celles des hommes et sont couvertes d'une peau sèche, rugueuse, squameuse, à squames larges et adhérentes, et surmontées d'une série de petites saillies coniques.

Ventre. Toute la peau, et surtout autour de l'ombilic, est couverte de squames larges, adhérentes et imbriquées; et sous les squames on découvre une série de papules rosées ou bien de couleur rouge foncé, qui tiennent la place des saillies coniques que l'on voit presque partout sur les autres parties du corps. Aux flancs les grosses squames sont très adhérentes et couvrent une pigmentation de couleur jaune foncé diffuse. Au pubis il y a bien peu de poils qui cachent une légère desquamation. Aux aines le pli est marqué par une ligne courte un peu humide de couleur jaunâtre dépourvue de squames.

Les organes génitaux sont humides, mais apparemment sains, autour du vestibule; à l'extérieur au contraire au milieu du peu de poils qui sont restés, ils paraissent couverts d'une crasse adhérente et moite, au-dessous de laquelle la peau est de couleur rouge foncé et est parsemée de petits nodus et de papules rouges.

Le dos, depuis le sommet des épaules jusqu'aux flancs et aux fesses, présente trois faits bien accentués, c'est-à-dire: 1º une desquamation farineuse épaisse et dense, très adhérente, qui est uniformément diffuse; 2º une série très nombreuse de petits nodus ou grains et de petites papules rosées de différentes grandeurs, entassés les uns sur les autres, visibles surtout sur les omoplates et aux lombes, où la peau semble chagrinée, et couverts tout autour d'un tas adhérent d'écailles; 3º une série de petits cônes cornés très adhérents, rudes, durs qui saillent du sommet de beaucoup de ces petits nodus et de ces petites papules, dont je viens de parler. La main, en passant par ces régions, reçoit la sensation d'une râpe. Lorsqu'on les arrache par le grattage, les ongles laissent sur la peau un beau sillon blanc farineux.

La région sacrée est un peu moins attaquée par ces lésions graves

L

ď

et

a

é

ce

fo

le

re

m

0

n

k

te

E

u

d'ichthyose et de xérodermie pilaire; la région entre les omoplates est encore moins attaquée; mais toutes ces régions sont elles-mêmes malades d'une manière bien accentuée.

Les aisselles présentent, elles aussi, un certain degré de desquamation, et les sillons cutanés, surtout sur les bords de la cavité axillaire, sont très accentués et très visibles à cause de leur aspect farineux sale.

Le bras, depuis le deltoïde jusqu'à la main, est tout couvert d'épaisses écailles adhérentes de différentes grandeurs. Une petite zone, presque complètement saine, se trouve sur le pli du coude. Au coude et sur toute la partie extérieure du bras et de l'avant-bras l'ichthyose est nettement et fortement serpentine. Sur la partie intérieure du bras la desquamation a au contraire beaucoup moins d'importance, et l'attention est surtout attirée par les nombreuses saillies coniques, brunes à leur extrémité, rouges à leur base, avec un bord rouge très diffus en plusieurs endroits, lesquelles ressortent au milieu des écailles farineuses du fond.

La main, sur le dos, est couverte de larges écailles, et sur le côté palmaire elle est tout à fait couverte d'épiderme calleux et gercé. Les ongles des mains sont opaques et altérés.

Les jambes présentent, sur les divers côtés, les mêmes altérations que nous avons remarquées sur les bras; mais l'ichthyose serpentine et la kératose pilaire rouge y sont encore plus accentuées. Au cou-de-pied et aux malléoles on trouve une véritable sauriasis de couleur foncée, avec de gros sillons blanc farineux qui forment une large maille en losanges. La plante du pied est toute couverte d'une grosse callosité entrecoupée par des sillons blancs et par quelques gerçures. Les ongles sont opaques, grossis et difformes.

La malade ressent de temps en temps le besoin de se frotter et de se gratter, et les ongles laissent çà et là de petits sillons blanchâtres et granuleux. Elle ne sue jamais ni à la surface des paumes des mains ni aux plantes des pieds; elle est très sensible au froid et frissonne toujours.

Voilà l'histoire. J'ai voulu la raconter ici tout entière pour que chacun puisse en tirer les données utiles qu'elle nous fournit pour la question du prurit comme pour les autres qui nous intéressent égale-

Or, si nous comparons cette histoire-ci à celle que nous avons racontée plus haut, et à l'autre que je publiai, il y a huit ans (Lo Sperimentale; Firenze, décembre 1885), on trouve que, dans deux cas, on ne parle point de prurit; tandis que dans le dernier cas le prurit est un des faits les plus remarquables, sans que l'on puisse en outre parler de complication eczémateuse, ni comme cause, ni comme effet du prurit même. Après cela il me semble que l'on doit conclure avant tout que la différence des opinions, dont on vient de parler même à propos de cet argument, a, comme à l'ordinaire, son fondement dans le fait que non pas toutes les ichthyoses se ressemblent; secondement, qu'il y a des cas d'ichthyoses dans lesquels, comme il peut se vérifier une plus ou moins visible rougeur de la peau ichthyosique, il peut se vérifier ainsi, comme il arrive dans le psoriasis et dans les autres kératodermites que j'ai déjà rappelées ici plusieurs tois, un plus ou moins sensible prurit, et l'un et l'autre symptômes, dans ces cas, ne peuvent être considérés que comme une partie intégrale de la maladie.

b) Quant au second point, tous les auteurs conviennent heureusement que l'ichthyose, soit par le fait d'extension, soit par celui d'aggravation de ses lésions, se montre ordinairement capable d'une évolution progressive. Mais si l'on admet cette évolution sans condition, c'est comme si l'on avouait explicitement que l'ichthyose est une dermatose dans toute la force du mot; par conséquent tous ceux qui ne considèrent l'ichthyose que comme une simple difformité de la peau, accompagnent nécessairement leur concession d'une foule de clauses et de réserves et quelquefois, comme on a vu, même de contradictions.

Maintenant, je ne veux pas pas trop insister sur cela, et je ne crois pas qu'une longue discussion soit nécessaire sur ce point. Il me suffit de rappeler que, même lorsqu'il s'agit d'ichthyoses, qui ont débuté dans le cours de la première enfance, nous trouvons que l'on avoue souvent que les lésions de l'ichthyose ont présenté des empirements successifs, et ont visiblement gagné du terrain même dans l'âge adulte. Et, d'après mon expérience sans même rappeler le premier cas que j'ai rapporté plus haut, car bien qu'il soit très éloquent pour moi, faute de son début douteux, il peut ne rien dire pour les autres, il résulte évidemment de la seconde histoire, que je viens de raconter, qu'une malade d'ichthyose héréditaire, qui a peut-être débuté à la première enfance, à l'âge de 27 ans, lorsque les mauvaises conditions générales devenaient pires tous les jours, s'apercevait encore, à la fin de chaque hiver, que les lésions ichthyosiques étaient devenues plus sensibles, plus ennuyeuses et plus étendues.

Ce qui me fait croire que l'évolution progressive, qui peut avoir lieu en beaucoup de cas d'ichthyose, dépasse grandement, pour sa durée, l'évolution progressive du corps humain, et qu'elle en est tout à fait indépendante. Et, si je ne me trompe pas, cela me paraît aussi un fait peu favorable à l'idée que l'ichthyose ne soit qu'une anomalie de formation.

Au chapitre V de mon étude « Ueber autotoxische Keratodermiten » par suite d'une discussion que j'ai eue avec mon ami le D' Philippson, de Hambourg, j'ai longuement parlé de tous les points qui font la différence entre la véritable ichthyosis hystrix, qui est une dermatose, et le nævus verrucosus linearis, qui est une difformité: et j'ai bien mis en évidence le risque d'une dangereuse confusion, auquel s'exposent ceux qui conservent même au nævus le nom d'ichthyosis hystrix.

Eh bien, il me semble nécessaire de rappeler ici même cette discussion pour montrer que, même pour la manière de se développer,

l'ichthyose ne doit pas être confondue avec les nævi.

c) Nous voici au troisième point, qui peut être comme le complément du précédent. Nous avons déjà vu que le professeur Besnier, en parlant de la pityriasis rubra pilaire, a déclaré « qu'elle a des périodes de guérison inconnues dans l'ichthyose » (p. 113). Mais nous avons vu aussi toutes les claires déclarations qui prouvent le contraire; et je crois pouvoir à présent affirmer qu'il n'y a pas un dermatologiste qui n'admette que l'ichthyose peut complètement disparaître pendant une période de temps plus ou moins longue.

Mais comme, more solito, une difformité de la peau, qui paraît et disparaît à son aise, serait en vérité bien étrange, ceux-là aussi, qui admettent explicitemeut cette possibilité de guérisons temporaires de l'ichthyose, en bornent et en amoindrissent l'importance en soutenant que ce ne sont pas de véritables guérisons, mais des guérisons appa-

rentes.

Que dois-je dire devant de pareilles objections? J'ai déjà fait remarquer, lorsqu'il s'agissait de déterminer avec précision l'âge où l'ichthyose débute, que je ne sais vraiment pas comment on puisse entendre et par conséquent comment on puisse admettre une lésion de l'épiderme, et plus particulièrement une malformation de l'épiderme, qui puisse exister pendant une période de temps indéterminée et rester, en même temps qu'elle existe, complètement cachée. Et ce que j'ai fait remarquer alors, je dois le rappeler encore ici, car la même argumentation est encore à propos. Mais si l'on me prouve que cette argumentation n'est pas bonne et que l'on me cite des faits dont il résulte vraiment qu'une difformité de l'épiderme peut exister pendant des mois sans qu'elle soit le moins du monde visible, alors j'accepterai cette possibilité même pour l'ichthyose, et probablement je n'hésiterai pas à l'inscrire, moi aussi, parmi les simples difformités de la peau.

En attendant, je dis en moi-même pourquoi on n'a jamais exprimé cette même opinion pour les guérisons transitoires du psoriasis, qui est, elle aussi, pour tant de rapports, une kératodermatose si sembla-

ble à l'ichthyose.

C) Comment finit l'ichthyose? — C'est là nécessairement un des points les plus controversés de la nosologie de l'ichthyose, et même un des plus intéressants. Car le jour où l'on réussirait définitivement à déterminer que l'ichthyose peut finir même dans une guérison définitive, ce jour-là l'ichthyose ne serait plus comprise, à cause de ce seul fait, dans la catégorie des malformations qui sont, de leur nature, immuables et incurables.

Or, si nous nous arrêtons un peu sur le champ des affirmations théo-

riques, nous voyons que le dogme règne encore d'une manière absolue, selon lequel l'ichthyose, systématiquement considérée comme une difformité des téguments, est absolument incurable. Et, contre Hebra, Kaposi, Hardy et B. O'Connor, qui, comme tout le monde sait, nous ont raconté qu'ils ont vu des ichthyoses, ou grandement se modifier, ou même complètement guérir, soit à la suite de certaines maladies aiguës, en particulier à la suite de rougeole et de variole, soit au moment de la puberté, soit à la suite d'une grossesse, soit même aux époques menstruelles, nous voyons les professeurs Besnier et Doyon, qui déclarent explicitement que dans de pareils cas « il s'agissait certainement d'une pseudo-ichthyose, car les lésions atrophiques de l'ichthyose ne peuvent être réparées, fût-ce par une variole » (1): et nous voyons le D' Thibierge, qui affirme que « en dehors de modifications saisonnières, l'ichthyose est essentiellement persistante, et les faits d'ichthyose guérie sont exceptionnels et tous plus ou moins contestables » (2).

Mais heureusement, à peine sortons-nous du champ des affirmations théoriques et que nous secouons un peu le joug tyrannique des conceptions systématiques, la concorde des négatives cesse et leur absolutisme s'adoucit un peu. Ainsi, dans une note successive des susdits professeurs Besnier et Doyon, écrite pour combattre Kaposi lorsqu'il nie toute foi à la médication interne dans l'ichthyose, nous pouvons lire « notre avis est tout opposé: le traitement interne de l'ichthyose, qu'une conception systématique de la maladie avait fait considérer comme inutile, doit, au contraire, être institué dès sa première apparition et être poursuivi avec le plus grand soin » (3). Nous pouvons de même lire dans le beau traité de Brocq (2° édition, p. 358): « Beaucoup de médecins, partant de ce principe que l'ichthyose est une difformité des téguments, pensent qu'elle est absolument incurable, qu'il ne faut pas instituer de traitement interne, et que l'on doit se contenter de mettre les téguments en bon état apparent par des soins incessants. Je ne suis pas de cet avis. Tout en reconnaissant que la guérison complète de l'ichthyose est dans la grande majorité des cas, sinon toujours, au-dessus des ressources de la médecine, je crois que les ichthyosiques, soignés de bonne heure, peuvent s'améliorer, qu'inversement, si on les néglige, leur infirmité s'aggrave par atrophie complète et irrémédiable des glandes de la peau ».

On me répondra certainement, et cela soit dit ici entre parenthèses, que je dévisage la pensée de Besnier et Doyon, parce qu'ils ont dit qu'ils croient dans l'efficacité d'un traitement interne dans le 86

st

ľ

q

ti

B

v

n

n

P

t

r

p

I

I

<sup>(1)</sup> Traduction de Kaposi, 2° édit., Paris 1891, t. II, p. 61, note 1.

<sup>(2)</sup> Diction., etc., loc. cit., p. 373.

<sup>(3)</sup> Loc. cit., p. 68, note 1.

seul cas où l'on peut encore « lutter contre l'atrophie de l'appareil stéatipare interstitiel, - appareil sudoral - et contre l'anidrose et l'astéatose de la surface », et ils ont dit qu'ils n'ajoutent pas foi à ceux qui ont assuré les guérisons de l'ichthyose « car les lésions atrophiques de l'ichthyose ne peuvent être réparées ». Mais je voudrais savoir, si nous admettons même, et nous verrons que cela histologiquement n'est pas exact, que tout le fondement de l'incurabilité de l'ichthyose consiste dans l'atrophie de l'appareil stéatipare interstitiel, où il est dit, et où il est démontré que, dans les cas où l'ichthyose a disparu complètement, cette irréparable atrophie s'était déjà vérifiée.

On me répondra aussi, avant de fermer la parenthèse, que Besnier, Brocq et tant d'autres, en attachant de l'importance au traitement interne de l'ichthyose, n'ont pas entendu parler d'une véritable guérison; en effet Brocq s'est bien expliqué à ce propos, car il a simplement dit que « les ichthyosiques soignés de bonne heure peuvent s'améliorer ».

Mais il est évident que l'amélioration, à laquelle on fait allusion, n'est pas l'amélioration ordinaire que tout médecin sait obtenir. Premièrement cette amélioration n'a pas besoin de traitement interne pour être obtenue ; secondement on peut l'obtenir à tout âge de l'ichthyose, et même lorsque l'irréparable atrophie a atteint non seulement le simple appareil stéatipare, mais aussi quelque chose davantage : enfin elle, à rigueur de mot, ne peut mériter le nom d'amélioration car il ne s'agit que d'une simple modification apparente, et le procès morbide y est masqué, mais il n'y est point adouci, et il ne demande que peu de jours de cessation du traitement externe pour paraître encore dans toute sa réalité. Par conséquent, dans l'amélioration dont Brocq nous parle si clairement, je ne vois pas une des améliorations communes dans la forme, mais j'y vois une véritable amélioration dans la substance. Et une amélioration dans la substance je ne sais le comprendre que comme un premier pas vers la véritable guérison. Cette guérison complète aura lieu ou non si le traitement commencé est continué de plus en plus énergiquement et dirigé de plus en plus rationnellement. Jusqu'à présent on n'a pas obtenu de véritables guérisons par nos traitements, et moi-même, qui interprète maintenant l'ichthyose d'une manière différente de celle de tous les autres, je dois avouer beaucoup d'insuccès; mais personne ne sait encore ce que c'est que l'ichthyose, et tant que la nature de cette affection n'est pas complètement connue, on ne doit pas s'étonner, si à l'aide de nos soins nous ne pouvons obtenir qu'une amélioration initiale du procès.

Nous disions donc que, hors du champ théorique, la concorde et l'absolutisme des affirmations favorables à l'immobilité et à l'incurabilité de l'ichthyose cessent, et même parmi ceux qui soutiennent que l'ichthyose n'est qu'une malformation des téguments, nous trouvons des personnes très autorisées, qui admettent que cette affection, outre qu'elle peut être masquée par les traitements communs externes, peut être même améliorée dans sa substance, lorsqu'on entreprend de bonne heure un traitement rationnel interne. Or il est inutile de cacher que ce premier fait, quoique modeste, n'est guère favorable à la conception d'une difformité de la peau.

En outre, moi qui n'ai pas de raisons systématiques pour ne pas ajouter foi à d'illustres dermatologistes, tels que Hebra, Kaposi, Hardy, je ne puis m'empêcher de tenir compte de leurs observations à propos de certains cas d'ichthyoses complètement guéries.

Et si l'on me dit, en me rappelant aux idées que j'ai exposées dans mes dernières études sur les kératodermites autotoxiques, qu'il n'est pas admissible que ces mêmes conditions, ou pathologiques, ou physiologiques, — comme par exemple les fièvres éruptives ou la grossesse, — qui semblant avoir si souvent un rôle important dans la genèse de l'ichthyose et des autres affections, que j'ai nommées kératodermites, puissent se prêter aussi, dans d'autres cas, à faire guérir ces mêmes kératodermites, je répondrai que cela me semble inadmissible à moi aussi, logiquement parlant. Mais les faits sont au-dessus de la logique. Et les faits nous apprennent qu'ele psoriasis même, kératodermite si voisine de l'ichthyose sous tant de rapports, paraît dans certains cas nettement causé par la grossesse, tandis que dans d'autres il disparaît à chaque retour de la grossesse.

Par conséquent nous nous trouvons au point : que d'un côté nous avons des praticiens très éminents qui nous recommandent d'être prompts et de ne rien négliger dans le traitement de l'ichthyose, car celui qui considère cette affection comme absolument incurable, a tort; et de l'autre nous avons des praticiens également éminents qui nous assurent qu'ils ont vu l'ichthyose quelquefois guérir. Or que doit-on déduire de tout cela? Que l'ichthyose se comporte peut-être comme une maltormation congénitale de la peau? (A suivre.)

# NOTE

# SUR L'HYPOTHÈSE D'UNE EXISTENCE SAPROPHYTE DES TRICHOPHYTONS

Par R. Sabouraud, interne de l'hôpital Saint-Louis. (Travail du laboratoire de bactériologie de M, le D\* E. BESNIER.)

Dans une note exposée au récent congrès de la Société de dermatologie, mon excellent collègue et ami, M. Bodin, à propos d'études sur le favus dont il vous a communiqué les résultats, a exposé en son nom et au mien. l'idée que les parasites des teignes pouvaient bien avoir hors de l'homme une existence indépendante; n'être parasites que par occasion.

Je n'ai pas besoin d'insister sur l'importance théorique de cette

hypothèse.

Si elle se trouvait vérifiée, tous les cas de teignes humaines n'auraient pas forcément pour cause un cas antérieur de teigne, chez l'homme comme chez l'animal. La contagion médiate ou immédiate ne serait pas la seule et invariable cause de la maladie.

Un corps étranger, inerte, quelconque pourrait être pour l'agent morbide, non pas un simple véhicule passager, mais un milieu de culture naturel, assurant non seulement la conservation mais la vie active du parasite et pendant un temps indéterminé. En sorte que le contact de ce corps étranger, de ce substratum inerte de la teigne serait à redouter à l'égal du contact direct d'un teigneux.

En d'autres termes les trichophytons pourraient être également saprophytes et parasites, avoir en dehors de leur vie parasitaire, la seule connue jusqu'ici, une vie indépendante, spontanée, celle que nous connaissons aux aspergillées et aux pénicillées par exemple (1).

Telle est l'idée sur laquelle je voudrais revenir ici, sinon pour en

<sup>(1)</sup> Il va sans dire que cette hypothèse fut-elle prouvée, il n'en demeurerait pas moins acquis que le plus grand nombre des cas de teigne humaine résultent de la contagion d'un cas identique de teigne humaine ou animale (surtout en ce qui concerne la teigne trichophytique la plus fréquente, la trichophytie à petites spores). Ce que nous croyons probable c'est que les cas de trichophytie n'ont pas tous cette origine.

apporter une preuve expérimentale positive, au moins pour fournir quelques arguments à son appui.

A. — Il me faut exposer d'abord, dans quelles conditions cette thèse pourrait être pleinement vérifiée.

Il faudrait, qu'on rencontrât sur un corps étranger, dans la nature, un des nombreux trichophytons que nous connaissons désormais. Et qu'on le rencontrât, non pas à l'état de germe, de semence, mais en pleine végétation, existant là, spontanément, sans qu'on l'eût artificiellement semé.

Il faudrait enfin qu'on vérifiât ses caractères par les cultures et son action parasitaire par des inoculations positives.

Il est facile de remarquer tout d'abord combien le seul énoncé de ce problème en montre la solution difficile.

Il existe plusieurs milliers de mucédinées connues et classées qui ne sont peut être pas la millième partie de celles qui existent. Elles existent sous des formes quelquefois si différentes entre elles qu'on a souvent peine à les reconnaître pour un même individu.

Enfin les unes aiment telles conditions d'existence, d'autres telles autres; chaque pays, chaque terrain et dans chaque pays, dans chaque terrain, chaque matière ayant vécu, chaque particule organique a sa flore de mucédinées spéciales.....

Ainsi demandée à un hasard naturel, la solution peut être longtemps attendue. Et pour preuve il n'y a qu'à rappeler ce fait : que l'idée d'une existence saprophyte a été émise pour un autre parasite de l'homme et de l'animal, pour l'Actinomyces Bollingerii, et cependant toutes les recherches qui ont appuyé cette idée ont été insuffisantes jusqu'ici à en faire la démonstration.

En ce qui concerne l'actinomycose cependant, le problème était plus circonscrit encore qu'il ne l'est pour les trichophytons car on a vu souvent déjà, dans presque les 8/10 des cas étudiés de la maladie, qu'il fallait incriminer surtout les piqûres dues aux pointes des épis de graminée : foin, orge, avoine, etc.

Eh bien, malgré ces indications, que les faits d'observation euxmêmes fournissaient, la preuve de l'hypothèse énoncée déjà depuis dix ans est encore à faire.

En considérant donc l'aléa de pareilles recherches on voudra bien, j'espère, me pardonner de ne pas fournir de preuves directes et absolues de la même hypothèse que je propose pour les trichophytons.

B. — Toutesois, pour qu'une hypothèse ait quelque valeur, encore faut il qu'elle soit plausible, qu'on ait au moins des présomptions de la croire vraie.

Sur quels arguments puis-je appuyer la mienne? C'est ce que je dois exposer maintenant.

Mes arguments sont multiples et d'ordre très différent.

1

2

plan

j'ob

don

me

tive

vér

bot

tur

les

sei

de

su

hy

ra

di

et

P

E

p

I

3

1º Le premier est tiré de l'examen botanique comparatif de la plante dans le cheveu et dans la culture.

2º Le second s'appuie sur l'examen de faits analogues à ceux que j'observe, mais empruntés à d'autres chapitres du parasitisme. C'est donc un argument de comparaison, d'ordre logique.

3º Enfin mon troisième et dernier argument sera le seul expérimental: Les trichophytons ou du moins certains trichophytons cultivent facilement sur des milieux naturels quelconques comme de véritables saprophytes banals.

I. — Je dis qu'un premier argument peut être fourni par l'examen botanique de la plante dans sa vie parasitaire et dans sa vie en cul-

ture artificielle.

Une mucédinée complète est formée de plusieurs organes. Comme les plantes ont des racines et des branches, la mucédinée envoie au sein du milieu nourricier un feutrage mycélien, et elle émet au dehors, des filaments aériens. Enfin devenue adulte, elle produit suivant des formes particulières à son groupe et à son espèce des hyphes sporifères qui sont, si l'on veut, ses tiges florales ou mieux, fructifères.

Dans l'épiderme ou dans le poil, jamais aucun trichophyton ne montre ces divers organes. On ne trouve que des filaments très peu ramifiés et jamais d'hyphe différenciée supportant des spores (1).

Au contraire, si l'on cultive les trichophytons que voit-on se produire?

Des filaments grêles et d'une pousse vigoureuse, dont les enveloppes sont minces car l'être n'a pas à se garantir contre son milieu, et dans les milieux de culture les plus divers, le bouillon, les sirops, l'urine, etc., on voit la plante atteindre à son développement complet, Elle émet ses tiges sporifères.

Voilà le fait: dans leur vie parasitaire le développement des trichophytons est incomplet. Dans leur vie extérieure en culture sur tous milieux artificiels, ils atteignent à leur plein et entier développement.

 Il ne faut pas perdre de vue que les spores que l'on trouve dans l'épiderme et surtout dans le cheveu ne sont pas des spores vraies.

Dans la vie parasitaire le trichophyton est réduit à un mycélium « de souffrance » et comme toutes les fois qu'une mucédinée souffre, son mycélium se presente avec des articles courts, cellules qui doublent leur enveloppe normale pour résister aux conditions défavorables qui les entourent. C'est là la spore mycélienne: une simple cellule mycélienne dont les enveloppes sont épaissies. On ne lui concède le nom de spore que par un abus de mots.

Elle diffère de la spore vraie par une moindre résistance et surtout par une origine toute différente.

Chacune de ces spores mycéliennes peut, il est vrai, reproduire le champignon, mais comme une bouture. Jamais dans la vie parasitaire de ces êtres on ne trouve l'appareil différencié de reproduction qui sert à la classification des espèces.

Ainsi les plus simples matériaux organiques sont pour eux un aliment meilleur que ceux qu'ils trouvent dans la vie parasitaire, et cependant ils n'en auraient jamais profité?

Si donc on admettait pour ces êtres cette seule existence parasitaire il faudrait admettre aussi qu'avant les méthodes pastoriennes jamais les trichophytons n'auraient atteint à leur développement intégral, qui serait en permanence resté à l'état de virtualité.

Telle serait, la singulière anomalie qu'il faudrait supposer si l'on voulait à tout prix échapper à l'hypothèse que j'émettais en commencant.

Et n'est-on pas conduit au contraire, à penser que si les éléments chimiques des décompositions organiques suffisent à la vie complète des trichophytons, ils en vivent?

Et que si la vie parasitaire les réduit au strict minimum de leurs organes végétaux, s'ils peuvent à la rigueur s'adapter à ces conditions, elles ne sont pour eux qu'un accident?

Telle est la conclusion, semble-t-il, logique, à laquelle conduit l'examen botanique de la plante dans sa vie extérieure et dans sa vie parasitaire.

II. — La seconde raison qui appuie l'hypothèse d'une vie non parasitaire du trichophyton est une raison de comparaison. Voici comment on peut l'énoncer :

Les bactéries pathogènes, ordinairement ne peuvent pas vivre en saprophytes; la concurrence vitale des microbes de putréfaction les tue.

Mais il n'en est pas de même pour les champignons parasites déjà connus.

Je citais tout à l'heure l'actinomyces dont la vie saprophyte, bien qu'elle ne soit pas prouvée, ne fait plus guère de doute actuellement (1).

Toutefois je ne puis l'apporter dans le débat puisque sa vie parasitaire, ou sa vie en culture artificielle nous sont seules connues.

Mais, prenons l'aspergillus fumigatus, celui de la tuberculose aspergillaire de Chantemesse-Rènon.

Il fut connu comme saprophyte bien avant que son parasitisme ne fut soupconné.

Chez lui, c'est l'existence saprophyte qui est la règle, et le parasitisme l'exception.

(1) Incidemment, à propos de l'actinomyces Bollingerii, j'ajouterai que les différentes cultures qu'ont obtenues les auteurs, et aussi les descriptions si différentes du parasite cultivé, descriptions de Bostrom, de J. Israël, etc., évoquent l'idée d'une variété d'espèces analogue à celles que j'ai étudiées dans le trichophyton.

MM. Sauvageau et Radais (Les oospora, Annales de l'Institut Pasteur, avril 1892), dans leur étude sur les oospora de ce groupe, ont émis déjà l'hypothèse d'une pluralité d'espèces dans l'actinomyces de l'homme; aujourd'hui, l'unicité de ce type devrait absolument être discutée.

F

cha

mê

des

rar

pa

tré

tri

co

hy

lu

le

to

CE

a

C

b

1

Enfin, si l'on veut prendre un exemple encore plus proche du champignon de la teigne trichophytique; il serait fourni par le type même de sa famille botanique, le *Botrytis Bassiana*, la muscardine des vers à soie.

En résumé, si chez les bactéries pathogènes, la vie saprophyte est rare (1), bien qu'on en connaisse des exemples, chez les champignons pathogènes, l'existence saprophyte est probable pour tous et démontrée pour quelques-uns.

Il est donc logique de penser qu'elle est possible aussi pour les trichophytons, comme pour les mucédinées parasitaires que l'on connaît.

III. — J'arrive enfin au dernier argument dont j'appuierai mon hypothèse. S'il ne lui fournit pas une preuve péremptoire, au moins lui donne t-il une base expérimentale sérieuse.

Le trichophyton cultive sur l'humus végétal, le terreau de serre, le bois pourri, les graines, même revêtues de leurs gaînes cellulosiques, etc.

Tels sont les premiers faits que démontrent ces cultures.

J'ajouterai, ce que l'on peut voir, que ce terreau est envahi dans sa totalité, que ce vieux bois est recouvert dans toute sa surface, que ces graines sont entièrement couvertes de ses végétations (2).

A ces expériences, on peut objecter quelque chose. En stérilisant au préalable ces milieux, j'ai enlevé au trichophyton tout effort de concurrence vitale. De même, on peut conserver longtemps certains bacilles pathogènes dans des milieux inertes, si ces milieux sont stérilisés avant de les recevoir ; et ils y périssent si ces milieux sont envahis par des saprophytes.

Mais voici d'autres cultures qui répondent à cette objection. Elles ne sont pas stériles.

Sur du chaume pourri le trichophyton végète et cependant tous les deux jours je l'arrose d'une eau non stérile.

Voici sa culture de retour sur pomme de terre, extraite de cette culture « libre ».

Enfin, curieux de mesurer l'exiguïté des besoins de ce champignon j'ai ensemencé avec une parcelle d'une culture, d'une part de l'eau distillée, de l'autre de l'eau ordinaire prise au robinet de la fontaine,

(l) Bacterium coli commune, bacille du tétanos de Nicolaïer, bacille virgule. (Hueppe), vibrion septique, etc.

<sup>(2)</sup> Je dois dire que j'ai pris pour ces expériences le trichophyton du cheval n° 8 de mon tableau, l'un de ceux dont la vitalité est extrême. J'ai pensé compenser ainsi l'incertitude où j'étais des milieux naturels les plus propices sur lesquels j'ai étudié le saprophytisme de mes espèces. D'autres espèces, quoique moins actives, fournissent cependant une végétation très appréciable, sur les mêmes milieux

enfin un matras contenant du liquide minéral de Winogradsky (1).

Après 2 mois l'eau distillée et l'eau de fontaine n'avaient fourni aucune culture je crus d'abord qu'il en était de même du liquide de Winogradsky, quand en l'examinant plus attentivement je remarquai au fond du vase deux ou trois boules d'apparence muqueuse. Examinées au microscope, elles étaient constituées par un mycélium, reportées sur des milieux propices, elles ont reproduit la culture-mère, intégralement.

Ainsi dans un liquide ne contenant exactement que des sels minéraux, sans traces de matière organique, le trichophyton pris pour sujet de ces recherches a cultivé, faiblement à la vérité mais visiblement, ainsi que l'examen de ces cultures en milieu minéral et de ces cultures filles sur gélose maltosée en témoignent.

Evidemment de telles preuves n'ont pas toute la valeur qu'aurait la découverte accidentelle du trichophyton sur un vieux bois recueilli par un botaniste, en pleins champs, cependant tout incomplets que sont les faits énumérés plus haut, je crois qu'on ne peut leur dénier toute importance.

S'ils ne prouvent pas absolument que le trichophyton existe autrement que comme parasite dans la nature, ils prouvent du moins que c'est possible.

Aussi bien, n'ai-je pas apporté cette idée autrement que comme une hypothèse, non comme un fait certain. Dans ces conditions je ne devais démontrer qu'une chose, c'est que l'hypothèse était plausible. Et c'est cette démonstration que j'espère avoir donnée.

(1) Voici la composition de ce liquide dont Winogradsky s'est servi pour la culture de ses ferments nitreux ;

Phosphate de chaux	0 gr. 1
Sulfate de magnésie	0 gr. 5
Chlorure de calcium	traces
Carbonate de soude	0 gr. 5
Carbonate de magnésie	excès
Eau distillée	100 gr.
Sulfate d'ammonisque	0 gr 2

# L'ECZÉMA PALPÉBRAL

 $\label{eq:problem} {\rm Par~le~D^r~\textbf{A.~Trousseau}}$  Médecin de la Clinique nationale des Quinze-Vingts.

L'eczéma des paupières est une des affections les plus désespérantes qui se puisse rencontrer dans la pratique ophtalmologique et bien que nous soyons assez rarement consultés à son sujet, il m'a paru que je ne ferais pas œuvre inutile en apportant ici le fruit d'une expérience due à la complaisance de M. le Dr Besnier qui m'a fourni plusieurs occasions d'étudier le traitement de cette cruelle maladie.

Qu'on n'aille pas trouver cette épithète exagérée. Cruelle est, en réalité, la situation de ces malheureux patients aux paupières gon-flées, dures, douloureuses, s'entr'ouvrant à peine, sans cesse tourmentés par une sensation de chaleur et de tension et par d'insupportables démangeaisons qui les privent de tout sommeil, de tout repos, les portent à gratter les surfaces malades dont ils augmentent ainsi sciemment l'inflammation, déterminant eux-mêmes les poussées aiguës qu'ils redoutent, éternisant leur maladie. Le grattage, la mobilité constante des paupières, l'irritation causée sur les surfaces malades par les sécrétions qui s'écoulent des culs-de-sac conjonctivaux sont, en dehors de la nature même de la lésion, les principaux facteurs de longue durée, de propagation et de récidive de l'eczéma des paupières.

Il ne faut pas oublier que cet eczéma reste rarement localisé aux voiles palpébraux et que souvent il se propage à la face, au cou, voire même au cuir chevelu, créant alors un aspect physique aussi affreux qu'est lamentable la situation du sujet. C'est autour de l'œil, pour les motifs signalés tout à l'heure, que l'eczéma se cantonne le plus volontiers et se montre le plus rebelle. D'après cette courte description, on a compris que je ne visais nullement ici les simples blépharites eczémateuses, pas plus que l'eczéma impétigineux des enfants qui guérissent facilement par des traitements bien connus.

Je n'ai en vue que l'eczéma des adultes à tendance exacerbante et récidivante, dont la cure est hérissée d'embuches et de difficultés et qu'il faut absolument faire disparaître, autant pour soulager le patient que pour éviter qu'un reliquat d'eczéma palpébral ne serve, suivant une doctrine bien établie par Besnier, de centre d'appel pour des éruptions plus éloignées.

Avant d'entrer dans le détail du traitement que je propose, je tiens à insister sur ce point que l'eczéma des paupières s'accompagne toujours d'une conjonctivite à sécrétion catarrhale, plus ou moins abondante et de forme assez caractéristique, pour qu'on lui doive donner le nom de conjonctivite eczémateuse. Elle est évidemment de même nature que l'eczéma des paupières qu'elle irrite et aggrave en l'imbibant de ses sécrétions. Je ne crois pas qu'il y ait là une conjonctivite banale, mais bien un vrai eczéma de la conjonctive qu'il faut supprimer si l'on veut avoir des chances d'améliorer la surface cutanée. Cette conjonctivite se caractérise par l'intégrité relative de la muqueuse qui double la paupière supérieure et par l'hyperhémie très marquée de la conjonctive du cul-de-sac inférieur qui sécrète du muco-pus, lequel mêlé aux larmes irrite et propage l'eczéma cutané.

Ceci m'ayant poussé à rechercher le meilleur moyen de traiter cette conjonctivite, m'a permis de constater que l'emploi des solutions de sublimé, qui seules avaient amélioré et guéri la conjonctivite, avaient encore un heureux effet sur l'altération de la peau, sur la marche et les symptômes pénibles de l'eczéma des paupières.

Voici, brièvement résumée, l'observation d'une malade chez laquelle l'emploi de cette méthode a fait merveille : La malade en question est la femme d'un de nos confrères et l'observation a été prise par son mari qui a bien voulu me la remettre.

Madame X..., 46 ans, arthritique invétérée, habituellement tourmentée par des bronchites, des blépharo-conjonctivites à répétition, a une atteinte d'eczéma de la face à la fin de décembre 1891. De cette époque au 9 novembre 1892 la malade n'a, pour ainsi dire, pas de repos, son eczéma est continuellement exacerbé, gagne souvent les paupières où il se localise, s'accompagnant d'une violente conjonctivite, se propage au cou, à la poitrine, se complique d'anthrax, de furoncles, bref, la situation est désespérante, car tous les traitements intérieurs ont été essayés, toutes les pommades ont été appliquées, aucun résultat encourageant n'a été obtenu.

Je commençai à soigner la malade le 9 novembre 1892, sur la demande de M. Besnier. Depuis le 2 octobre, l'eczéma, un peu calmé, avait fait une réapparition subite. Les paupières étaient rouges, gonflées, tendues, une abondante sécrétion s'échappait du cul-de-sac, un gonflement érysipélatoïde s'étendait sur toute la moitié supérieure de la face, les cataplasmes de fécule, les lotions d'eau boriquée, de bicarbonate de soude, de résorcine n'avaient amené aucun résultat satisfaisant.

Frappé du rôle évidemment nocif des sécrétions conjonctivales et ne songeant alors nullement à guérir l'eczéma, mais seulement à enlever une cause d'irritation et à débarrasser la malade d'un symptôme gênant, je prescrivis, deux fois par jour, des lavages du cul-de-sac conjonctival inférieur et des lotions palpébrales avec une solution de sublimé à la dose de 5 cent. pour 500 gr. (sans alcool). Je craignais fort que mon traitement

fû

qu

tic

ti

se

al

n

iI

n

in

fût mal supporté, étant donnée la violente irritation de la peau de la face, mais je tenais à une désinfection des régions malades. Tout se passa mieux que je ne le pensais et le 20 novembre je pus utiliser une solution de sublimé à 0,25 pour 1000 qui, en moins de 15 jours, amena une amélioration extraordinaire, nettoyant, pour ainsi dire, la peau et la conjonctive qui de jour en jour devenait normale. Il y eut pourtant en janvier dernier une poussée d'eczéma de la face mais qui dura peu de temps, fut très bénigne et, chose des plus remarquables, respecta totalement les conjonctives et toucha à peine le bord des paupières, comme si l'emploi de l'antiseptique, encore continué, avait protégé ces régions. Depuis cette dernière alerte la malade est dans un état des plus satisfaisants. Elle considère, et son mari est de cet avis, cette guérison comme inespérée.

Depuis j'ai appliqué ce même traitement à 8 malades, pas toujours avec un succès aussi rapide, mais constamment avec un avantage marqué; je me hâte de dire que la réussite dans la cure de l'eczéma palpébral ne tient pas uniquement à l'emploi de la solution de sublimé; qu'il y a bien d'autres soins à prendre et que surtout il y a bien des indications qu'il faut se garder de prescrire. Je ne crains pas d'affirmer qu'il vaut cent fois mieux ne pas traiter un eczémateux que de le mal traiter. Ici le médecin est souvent plus dangereux que le mal. La moindre faute dans la direction du traitement, la moindre erreur dans l'interprétation d'une médication causent des poussées aiguës et un immense retard dans la guérison. Pour traiter convenablement l'eczéma des paupières il faut une délicatesse infinie de touche et une expérience consommée. Il faut avoir fait, à son détriment, quelques écoles pour être persuadé de ce que j'énonce ici.

L'histoire de Mme L..., âgée de 67 ans est, à ce point de vue, fort instructive. Cette dame fut atteinte en juin dernier d'un violent eczéma des paupières avec conjonctivite catarrhale assez intense. Du début de la maladie à la fin d'octobre, l'existence de cette malheureuse fut un long supplice. D'abord traitée par le nitrate d'argent elle n'eut pas d'amélioration, mais pas non plus de grosses poussées. Elle abandonna bientôt ce traitement, découragée par l'insuccès et dès ce moment, chaque fois qu'elle essaya une médication nouvelle elle eut une telle aggravation, de telles douleurs, que son état général s'altéra profondément et que son état mental commença à se modifier d'une façon fâcheuse. Toutes les fois qu'on ne soignait pas l'eczéma pendant quelque temps, il y avait plutôt amélioration, malgré que les symptômes pénibles persistassent, mais la poussée survenait formidable à chaque nouvelle médication; l'emploi du masque en caoutchouc, l'application d'une pommade quelconque ont été particulièrement funestes.

Je fus appelé près de cette dame vers la fin d'octobre et je la trouvai dans une situation inquiétante. Les paupières étaient rouges, tuméfiées, suintantes, la conjonctivite catarrhale était des plus intenses. Des sensations de brûlures, des démangeaisons insupportables tourmentaient jour et nuit la patiente qui ne prenait plus de nourriture, était privée du sommeil, maigrissait à vue d'œil. Étant donnée la violente irritation des téguments je ne voulus pas employer le sublimé et prescrivis des cataplasmes de fécule qui amenèrent une nouvelle poussée, de simples onctions de vaseline eurent le même effet. Aussi n'hésitai-je plus à recourir à la méthode antiseptique et j'eus la surprise de constater, fait paradoxal en apparence, que le sublimé, ce médicament réputé si irritant, était merveilleusement toléré par la conjonctive et par la peau, qu'il ne déterminait aucune poussée et soulageait beaucoup la malade aujourd'hui radicalement guérie non sans avoir traversé quelques périodes pénibles succédant toujours à un essai intempestif dont j'étais responsable.

C'est donc après bien des tâtonnements que je crois pouvoir donner les conseils suivants pour le traitement des eczémas des paupières:

Assurer autant que possible l'asepsie de la région; pour cela guérir le plus rapidement qu'on pourra la conjonctivite eczémateuse qu'aggrave le nitrate d'argent, le sulfate de zinc, qu'améliore merveilleusement le sublimé en lavages intérieurs à la dose de début de 0,05 c. par 500 gr. pouvant être portée plus tard à 0,25 cent. par 500 gr. lotionner les surfaces cutanées avec la même solution employée tiède, user aussi de fréquentes pulvérisations d'eau boriquée, assurer s'il y a lieu le cours des larmes, mettre les surfaces malades au repos en recommandant l'occlusion habituelle des paupières, qui suppriment le clignement, éviter à tout prix le grattage, même en employant la camisole de force, comme j'ai dû le faire dans le cas de M<sup>me</sup> L... Le grattage, outre qu'il irrite, inocule des germes nocifs et empêche l'asepsie que je recherche avant tout; ne jamais employer les masques, de propreté si douteuse, les poudres qui peuvent fermenter.

Si l'eczéma est très irrité on fera le jour le traitement antiseptique et la nuit on appliquera un cataplasme de fécule de riz, fait dans des conditions d'asepsie parfaite.

Si l'eczéma suinte beaucoup, antisepsie le jour, et la nuit application d'une poudre composée de bismuth, d'oxyde de zinc ou d'acide borique.

S'îl existe des fissures les toucher avec un pinceau trempé dans le nitrate d'argent à 30/0; si les démangeaisons sont très vives, on appliquera sur les paupières des compresses d'eau alcoolisée, on fera des pulvérisations avec l'eau phéniquée à 1/2 pour 100 et on donnera à l'intérieur le sulfate de quinine (Brocq). La pommade au menthol réussit bien mais n'est supportée que dans les cas torpides où les démangeaisons sont rares.

N'employer les pommades que dans la période terminale de l'eczéma au moment où la desquamation fine apparaît et ne le faire qu'avec la plus extrême prudence en tâtant soigneusement le terrain afin d'éviter une poussée. Il n'y a rien de plus difficile que de préciser l'indi-

cal

cor

est

l'éc

fra

trè

tou

lui

fér

de

gé

qu

lag

tra

sei

mo

fra

cei

d'e

de

1

cation d'une pommade dans l'eczéma palpébral. On devra toujours commencer par l'emploi d'une pommade très peu irritante. Si celle-ci est tolérée on passera à une autre plus active et ainsi de suite. Voici l'échelle que j'adopte généralement. Vaseline blanche pure, axonge fraîche, si vantée par Brocq, bismuth, oxyde de zinc, ichtyol, oxyde jaune, huile de cade. Dans chaque classe on doit commencer par une très faible dose.

La base de la méthode reste le traitement antiseptique: je crois que tout antiseptique aussi actif que le sublimé réussirait aussi bien que lui et qu'un autre moins irritant, à activité égale serait peut être préférable.

Le rôle de l'antisepsie dans la cure de l'eczéma palpébral est intéressant, non seulement au point de vue pratique mais encore au point de vue de la doctrine. Rapproché du peu d'efficacité des traitements généraux, il donne un singulier poids à la théorie de l'école de Vienne qui veut ne voir dans l'eczéma qu'une affection purement locale à laquelle seul est applicable un traitement local. Peu à peu l'idée du traitement antiseptique de l'eczéma en général prend corps. Brocq serait disposé à l'accepter, n'étaient les difficultés de son emploi et la crainte des éruptions qu'il peut amener.

Je serais fort heureux si cette courte étude contribuait, pour une modeste part, à appuyer l'origine parasitaire de l'eczéma que l'École française actuelle (Besnier, Brocq), est très disposée à accepter pour certaines manifestations eczémateuses décrites par Unna sous le nom d'eczéma séborrhéique et dans lequel rentrent d'ailleurs la plupart des eczémas palpébraux. Elle prouvera en tous cas qui si l'on veut guérir un eczéma des paupières il faut débarrasser la surface malade de tous les germes qui y sont nés ou qui y sont importés.

# SOCIÉTÉ FRANÇAISE DE DERNATOLOGIE ET DE SYPHILIGRAPHIE

# SÉANCE DU 18 MAI 1893

#### PRÉSIDENCE DE M. ERNEST BESNIER

SOMMAIRE : Correspondance imprimée. - A propos du procès-verbal : Erratum de M. BARTHÉLEMY. - Cas de syphilis pulmonaire, par M. H. FEULARD. -Traitement des éphélides par la méthode dite d'écorchement, M. BARTHÉLEMY pour M. VAN HOORN. (Discussion: MM. FOURNIER, DU CASTEL, E. BESNIER.) -Étude clinique et bactériologique de la perlèche, par M. P. RAYMOND. (Discussion : MM. FOURNIER, HALLOPEAU.) - Dermatite exfoliatrice à évolution anormale, par MM. DE BEURMANN et CLAUDE. (Discussion: MM. BALZER, ZAM-BACO, E. BESNIER.) — Lèpre ou simili-lèpre, par M. Du CASTEL. (Discussion: MM. ZAMBACO, E. BESNIER, DARIER.) - Poussée aiguë de lèpre, localisation dans les nerfs périphériques, par MM. HALLOPEAU et JEANSELME. (Discussion: M. ZAMBACO.) - La lèpre dans le midi de la France en 1893, par M. ZAMBACO. -Hystéro-neurasthénie secondaire, par M. A. FOURNIER. - Ulcère de la bouche d'origine tabétique, par M. HUDELO. (Discussion : M. FOURNIER.) - Gangrène symétrique des extrémités chez une petite fille de quinze mois, par M. MENDEL. -Syphilose disséminée de l'axe cérébro-spinal, par M. MENDEL. (Discussion : M. FOUR-NIER.) - Epithéliome bénin superficiel de la verge (épithéliome papillaire), par MM. A. FOURNIER et DARIER. (Discussion: MM. BALZER, E. BESNIER.) -Traitement de la pelade par l'essence de Wintergreen, par M. HALLOPEAU. -Des variations de la toxicité du sérum sanguin dans les affections cutanées, par M. CH. QUINQUAUD. - Note sur l'hypothèse d'une existence saprophyte des trichophytons, par M. SABOURAUD. - Le savon au calomel dans le traitement de la syphilis, par M. DE WATRASZEWSKI.

La correspondance imprimée comprend :

La thèse de M. Eudlitz sur le Traitement hypodermique de la syphilis par les sels mercuriels en général et par le sozoiodolate de mercure en particulier.

### A PROPOS DU PROCÈS-VERBAL

## Erratum.

Séance du 6 avril 1893, p. 168 dans la discussion par M. Barthélemy de la communication de M. Eraud, au lieu de : Dans la dernière séance....., etc., lire :

ai di tr

di qi bi

le

di

ti

le

in

et

bi

hi

m

lu

je

av de

₽€

m pr

ur de a Au début de la dernière séance, j'ai déjà insisté sur ce point qu'un agent quelconque, toxine, produit bactérien soluble, etc., pouvait être doué, en vertu d'une action élective comme il n'est pas rare d'en rencontrer, d'une affection toute spéciale pour le testicule et surtout pour l'épididyme : c'est ce que semble prouver encore ce qu'on peut observer parfois dans les oreillons ; tel le cas où j'ai vu l'orchite ourlienne précéder de quatre jours les fluxions parotidiennes (sans qu'il y eût, bien entendu, de blennorrhagie ni persistante ni concomitante). Dans ces cas, l'orchite est, personne n'en doute, l'expression de l'état général infectieux : or, il peut, n'en pas être autrement dans la blennorrhagie qui se complique d'orchite : le produit soluble a pu être absorbé comme dans le rhumatisme blennorrhagique, puis promené par tout l'organisme, où il est resté silencieux, dirigeant tout son effort morbigène sur l'épididyme et sur le testicule et réservant exclusivement pour ces organes ses manifestations pathogénétiques.

Syphilis pulmonaire : gommes du poumon droit; tableau clinique simulant celui de la gangrène pulmonaire et de la tuberculose; guérison par le traitement spécifique.

#### Par H. FEULARD.

Les observations de syphilis pulmonaire communiquées à la dernière séance, m'ont remis en mémoire un cas de ce genre dont je fus le témoin, voilà déjà plusieurs années, en 1886. La marche un peu insolite des accidents, les hésitations du diagnostic, puis l'heureuse et rapide influence du traitement spécifique quand le diagnostic fut bien posé, enfin la persistance de la guérison qui remonte aujourd'hui à plus de six années, me paraissent donner quelque intérêt à cette histoire que je recueillis à ce moment.

Le 10 septembre 1886, j'étais mandé aux environs de Paris auprès d'un malade atteint, disait-on, de phtisie galopante. En me rendant auprès de lui, un de ses amis qui m'accompagnait m'apprenait que ce malade, jeune homme d'une bonne santé habituelle, ayant beaucoup usé de la vie, avait été pris de son mal presque subitement, et que, comme antécédents de maladie, il le savait seulement ancien syphilitique.

Je trouvai un homme de 37 ans, au teint brun foncé, ayant un peu l'aspect d'un créole. C'est depuis trois semaines seulement, me dit-il, qu'il est tombé malade; après quelques jours de malaise pendant lesquels le médecin du pays le traita comme atteint d'embarras gastrique, il a été pris d'un violent point de côté à droite et s'est mis à cracher tout à coup une sorte de matière noirâtre; depuis, il va de mal en pis, garde le lit, a de la fièvre, crache continuellement.

C'est un homme d'apparence encore vigoureuse, présentant un système pileux très développé; sur la peau, je ne trouve aucun stigmate, mais

n

e

1.

I.

M. X...,me confirmant le renseignement donné par son ami, m'avoue qu'il a contracté la syphilis à l'âge de 21 ans, syphilis très légère qui fut régulièrement soignée au début; depuis 15 ans, aucun accident syphilitique.

Je fis alors l'examen de la poitrine et voici ce que je trouvai : A la percussion, résonance à peu près normale, sauf un peu de submatité aux bases, surtout à droite. A l'auscultation : en avant, rien d'important, seulement la respiration sous-claviculaire à droite un peu soufflante; en arrière, à droite vers le tiers moyen, contre la gouttière vertébrale, un foyer grand comme la main où s'entendent des râles fins et un souffle assez intense; pas d'égophonie, pas de pectoriloquie aphone, pas de bronchopneumonie; à gauche, au niveau du hile, respiration fortement soufflante, frottements pleuraux.

Dans le crachoir, des crachats purulents, larges, étalés, d'une odeur alliacée manifeste, qui se répand dans toute la chambre; l'haleine est excessivement fétide. Température axillaire, 38°,4; pouls 110; depuis quatre jours, le malade mange à peine et accepte seulement quelques

cuillerées de bouillon.

Cet ensemble symptomatique ne ressemblait guère à celui d'une tuberculose aiguë, et je crus pouvoir écarter d'abord ce diagnostic. Cependant, la question venait encore se compliquer de ce fait que ce jeune homme vivait maritalement depuis plusieurs années avec une jeune femme, tuberculeuse avérée que j'examinai, mais qui présentait une de ces formes de tuberculose torpide, évoluant depuis de longues années, et compatible dans le cas présent avec un certain degré d'embonpoint et un état satisfaisant.

La rapidité et la brusquerie du début, l'expectoration fétide, les signes d'auscultation qui attestaient la présence d'un foyer localisé me firent penser que je me trouvais en présence d'un cas de gangrène pulmonaire. Mais l'idée me vint (pourquoi? sans doute parce que, nouvellement attaché au service de mon excellent maître, M. Fournier, et néophyte en syphiligraphie, je recherchais volontiers la syphilis partout) que l'ancienne vérole de mon malade n'était peut-être pas étrangère à ces accidents, qu'une gomme pulmonaire pouvait bien, après tout, en comprimant dans son voisinage quelque vaisseau, déterminer autour d'elle quelque foyer de gangrène, et... j'ordonnai de suite 2 gr., puis 3 gr. d'iodure de potassium à prendre chaque jour, 0,75 centigr. de sulfate de quinine, des toniques et des aspirations d'essence de térébenthine.

Le 5 octobre, six jours après ma première visite, je revis le malade. Il s'était trouvé assez bien dans l'intervalle, mais ce matin même ayant voulu se lever il a été pris d'une violente crise de toux. Les aspirations n'ont pas été faites. A l'auscultation l'état reste le même en avant; en arrière même souffle à gauche; à droite, est-ce une illusion? les râles me semblent avoir diminué. L'expectoration elle aussi a diminué; la fièvre est à peine marquée, l'appétit est bon. Encouragé, je continue l'iodure, 3 gr. par jour seulement; je recommande le repos absolu au lit, et lui fais prendre de l'eau-de-vie sous forme de grog.

Le 7, nouvelle crise d'oppression, que le malade attribue aux aspirations, qu'il cesse d'ailleurs après un seul essai.

es

cl

cı

ti

tê

CI

fé

b

n

C

d

d

e

d

Jusqu'au 25 octobre, l'état général s'améliore progressivement, l'appétit est bon, la toux et l'expectoration diminuent. A cette date le poumon gauche respirait très bien; mais à droite en arrière de nouveaux signes d'auscultation apparaissaient. Sonorité diminuée avec conservation des vibrations; dans le tiers moyen, souffle, voix chevrotante; aucune douleur, pas d'oppression, le malade se couche indifféremment des deux côtés; malaise général, inappétence que le malade attribue à l'iodure dont il se dit fatigué et demande qu'on le débarrasse.

Je cédai à son désir; et j'eus tort.

Le 28 la situation est moins satisfaisante; dans la nuit, après quelques prodromes ayant eu lieu dans la journée, consistant en lassitude, mal de tête, malaise général, il a été brusquement réveillé par une sensation àcre à la gorge, a été pris de quintes de toux épouvantables, a expectoré quelques crachats rougeâtres, puis une sorte de liquide aqueux mêlé de gaz d'odeur létide, enfin du pus en abondance.

C'est le surlendemain seulement de cet accident que je le vois; la faiblesse est assez grande, mais il n'y a pas de fièvre. L'expectoration a continué et je constate en effet qu'une tasse a été remplie, dans le cours de la nuit seulement, de crachats purulents ayant l'aspect d'une vomique. L'auscultation ne donne rien de nouveau à gauche; à droite en arrière, toujours au niveau du lobe moyen, la respiration qu'on entend bien au-dessus et audessous, est mal perçue, il y a un souffle doux et un peu d'égophonie; les vibrations thoraciques sont conservées.

Ce nouvel accident ne laissait pas que de m'embarrasser un peu; nul doute, un nouveau foyer, analogue au premier, s'était ouvert; j'eus le tort de ne pas reprendre l'iodure de potassium qui m'avait bien réussi la première fois; mais ma confiance en mon premier diagnostic était un peu ébranlée; je craignais, en présence d'une expectoration aussi abondante, d'avoir affaire à une pleurésie interlobaire ouverte dans le poumon.

La saison devenant très mauvaise (le malade habitait une petite maison en rez-de-chaussée, située en pleine campagne sur les bords immédiats d'une rivière) j'obtins de lui qu'il rentrât à Paris et se fît conduire à la maison des Frères St-Jean-de-Dieu (4 novembre). Le voyage se fit sans encombre, mais la faiblesse était très grande; cependant, tout comme la première fois l'expectoration diminuait peu à peu, les signes d'auscultation s'atténuaient aussi et tout semblait revenir au premier état.

Toutefois, je constatai alors l'apparition de râles nombreux sous la clavicule droite.

Les nuits sont très irrégulières; le malade passe des journées sans tousser et à d'autres moments éprouve de véritables crises qui amènent l'expulsion de crachats purulents. L'odeur fétide des crachats ne se reproduisit plus.

. Le 8 novembre je vis le malade avec mon maître M. le Dr Duguet; celui-ci constata la diminution des signes d'auscultation en arrière et crut aussi que nous avions eu affaire à une pleurésie interlobaire, en voie actuellement de disparition; il confirma l'intégrité du poumon gauche, mais constata sous la clavicule droite, là où existaient seulement quatre jours avant de nombreux râles, une véritable caverne; en effet les signes

d'auscultation que j'avais perçus le 4 novembre avaient singulièrement augmenté, il y avait de gros râles et du souffle. L'impression de M. Duguet fut que le malade était un phtisique ordinaire qui évoluait maintenant régulièrement avec des lésions du sommet; on lui prescrivit de la liqueur de Fowler, un cautère et, comme c'était l'engouement à cette époque, des lavements sulfhydriques.

Le 17. Les lavements ont été mal supportés, l'appétit est médiocre; les signes d'auscultation restent stationnaires.

4 décembre. Le malade quitte St-Jean-de-Dieu et va chez sa mère; il

prend de l'huile de foie de morue et s'améliore un peu.

Mais à ce moment se produit une poussée congestive avec fièvre qui manque remettre tout en état; le malade est pris de fièvre, rend des crachats muqueux, épais, brunâtres. Ce fut au tour du second diagnostic d'être ébranlé, tant ces divers accidents et cette marche irrégulière me semblaient bizarres. J'examinai alors les crachats de mon malade (17 décembre); je n'y trouvai aucun bacille; mais ne voulant pas me fier à ma seule expérience, je priai mon ami le Dr Chantemesse de contrôler mes recherches. ce qu'il fit à deux reprises différentes : mais sans trouver aucun bacille. Devant ce résultat négatif, il me sembla légitime de revenir à mon idée première et je proposai au malade de reprendre le traitement ioduré. Il se produisit de l'amélioration; encouragé je continuai avec 4 gr., puis 5 gr. d'iodure (1er janvier). Les progrès suivirent rapidement, les râles diminuaient et sous la clavicule c'est à peine si à l'endroit où nous avions constaté une caverne il restait quelques petits râles (8 janvier). Le 22 janvier, je constatais seulement quelques râles disséminés rares, quelques frottements à la base droite, premier siège des accidents, une respiration redevenue normale sous la clavicule. Dans la nuit du 22 au 23, le malade fut encore réveillé brusquement de la même façon qu'il l'avait été les autres fois et rendit environ un demi-crachoir de crachats bruns mélangés de sang. Cet accident resta isolé et ne fut pas suivi d'expectoration purulente. Dès lors, j'étais assuré de mon diagnostic. Je continuai le traitement, j'y joignis un mois de frictions mercurielles, puis un mois d'huile de foie de morue à la dose de 3 cuillerées par jour.

A la fin d'avril, le malade se levait, sortait, avait repris ses habitudes et était engraissé.

On l'avait cru condamné dans le cercle de ses amis : c'était une résurrection.

Je le revis à la fin du mois de juin; il était bien guéri; je trouvai seulement quelques légers frottements à la base droite, mais personne n'aurait pu deviner les accidents dont le poumon droit avait été le siège.

Depuis cette époque j'ai revu le malade régulièrement deux ou trois fois par année; je l'ai encore revu il y a un mois à peine, il a recommencé d'habiter sa maison du bord de l'eau, s'exposant perpétuellement à l'humi. dité, de passer des nuits au cercle, de cohabiter avec cette jeune femme dont la tuberculose a subi plusieurs poussées d'aggravation, mais est depuis quelques mois de nouveau stationnaire, sans qu'il ait eu lui-même le moindre accident pulmonaire. Il s'agissait donc bien d'accidents pulmonaires non tuberculeux, et, je pense que la guérison par le traitement spécifique le prouve suffisamment, d'accident de syphilis pulmonaire.

uI

CO

cé

le

pl

SE

P

P

#### Traitement des éphélides par la méthode dite d'écorchement.

Par M. VAN HOORN (d'Amsterdam).

M. Barthélemy présente à la Société au nom de M. van Hoorn une brochure avec photographie relative à la méthode qui, sur l'enseignement et d'après la pratique d'Unna, a été employée avec succès contre les éphélides confluentes, masques de la grossesse, acnés rosacées rebelles, cicatrices et autres lésions qui dégradent et déforment le visage : c'est la méthode dite d'écorchement, dont à titre d'exemple, voici un véritable masque épidermique enlevé presque d'une seule pièce et représentant la totalité de l'épiderme du visage. Or la peau de la figure a été écorchée, détachée exclusivement dans sa partie superficielle, et la partie profonde apparaît fraîche sans tache, exempte de toute lésion enlaidissante ou repoussante.

Ces résultats sont obtenus au prix d'une douleur très tolérable, comparable à celle d'un vésicatoire, et dans l'espace d'une semaine environ. Dans les cas de masque pigmentaire, une seule application suffit. Il devra y avoir répétition dans les cas plus profonds et plus tenaces, comme dans ceux de cicatrices post-varioliques par exemple, où le but est d'amoindrir autant que possible les différences de cou-

leur et de niveau entre les cicatrices et la peau saine.

Voici comment il faut procéder : Plusieurs fois par jour, on frictionne l'étendue cutanée que l'on veut faire sauter avec une pommade composée de :

Résorcine	40 gr.
Oxyde de zinc	10 —
Silice pure et anhydre	2 —
Axonge	
Huile d'olive	

Au bout de 3 ou 4 jours, la peau se parchemine et se gerce. Le moment est venu d'appliquer un pansement fait de la colle gélatineuse suivante :

Grénétine blanche	4	gr.
Oxyde de zinc	3	_
Glycérine à 30° pure	5	_
Ean distillée	8	

laquelle doit être appliquée chaude et recouverte ensuite d'une petite quantité d'ouate pour éviter toute adhérence.

En peu de jours, l'ancienne couche d'épiderme se détache de la nouvelle et peut être facilement enlevée avec le pansement à condition de la couper avec des ciseaux tout le long de la ligne médiane :

c'est ce qui a lieu pour le masque ci-joint, ainsi que dans les cas qui viennent d'être traités de la sorte dans le service de M. le professeur Fournier.

- M. A. FOURNIER. M. van Hoorn a appliqué en effet cette méthode à plusieurs malades de mon service qui étaient atteintes d'éphélides; le résultat obtenu paraît satisfaisant quant à présent, la décortication, comme on peut le voir sur ces pièces, a été complète; mais la méthode est fort douloureuse.
- M. Du Castel. J'ai demandé vainement à M. van Hoorn d'appliquer ce procédé partiellement, d'enlever seulement un point précis de la surface cutanée ou il y avait une tache pigmentaire; le procédé, suivant lui, doit s'appliquer au masque total.
- M. E. Besner. Il y a certainement là des efforts intéressants et à encourager, mais il ne faut pas oublier que ce n'est pas d'aujourd'hui seulement que l'on s'est préoccupé de traiter les pigmentations cutanées. Une expérience prolongée nous a appris que le même traitement ne saurait convenir à toutes les pigmentations; il y en a de profondes difficilement accessibles; cette méthode ne peut atteindre que les pigmentations superficielles. Elle n'est donc pas d'application générale et il reste à connaître quel va être l'avenir de ces malades; nous avons souvent traité avec succès apparent des éphélides, mais elles ont récidivé le plus souvent.

## Étude clinique et bactériologique sur la perlèche.

Par M. PAUL BAYMOND.

Chargé d'un service d'inspection médicale dans les écoles de la ville de Paris, j'y ai trouvé un champ d'observations très intéressantes sur les maladies cutanées. Je ne veux m'occuper aujourd'hui que d'une affection d'une fréquence extrême, non signalée par les auteurs classiques et qui mérite pourtant d'être bien connue en raison de son développement souvent épidémique et des erreurs graves de diagnostic auxquelles elle pourrait donner lieu; je désire faire connaître, à ce double titre, les recherches que j'ai faites sur la perlèche.

Cette affection peut être connue des praticiens car je me souviens que mon maître, M. E. Vidal m'en avait montré un cas à l'hôpital Saint-Louis, mais elle n'est pas décrite dans les livres français ou étrangers qui traitent de la dermatologie elle n'est certainement pas de notion courante. Le seul auteur qui, à ma connaissance, se soit occupé de cette question et ait publié le résultat de ses recherches, est M. le Dr J. Lemaistre, professeur à l'École de médecine de Limoges

trè

au

rei

dé bla

pa

et

ta

ha

le

es

de

o fo

c

d

1

qui, en 1886, a consacré à l'étude de la perlèche, un très complet et très intéressant article (1). Il a été reproduit d'ailleurs, par divers auteurs, s'occupant de clinique infantile ou de pathologie cutanée; je renvoie donc à ce travail et je me contente d'exposer ici quelques remarques personnelles.

La perlèche est une affection que l'on rencontre chez les enfants principalement et qui est caractérisée par une altération épidermique et une lésion fissuraire occupant la commissure des lèvres. Elle débute par une altération de l'épiderme des commissures qui devient blanc et se soulève irrégulièrement sans qu'il y ait, à proprement parler, de vésicule. C'est une sorte de pellicule blanchâtre, saillante et plissée, de macération épidermique que l'on aperçoit au coin des lèvres. L'épiderme est, en ce point, tuméfié, bridé et mamelonné. La lésion s'étend au-dessus et au-dessous du pli commissural, à une distance variable, allant d'un millimètre à plus d'un demi-centimètre en haut comme en bas, comme si cette lésion autoinoculable envahissait les deux parties de la commissure qui sont en contact. L'épiderme est comme décollé et s'arrache facilement : on trouve au-dessous, le derme à nu. Bientôt, la lésion progresse, gagne en surface et en profondeur. Il survient alors une fissure qui occupe généralement le pli même de la commissure : cette fissure est ordinairement unique mais parfois cependant, on aperçoit deux, trois petites fissures au-dessus ou au-dessous de la fissure principale. Elles sont alors moins profondes que cette dernière. La lésion gagne ensuite le long du bord des lèvres, mais elle ne s'étend jamais à plus de trois quarts de centimètre du pli commissural : elle gagne aussi plutôt du côté de la face cutanée de la lèvre que du côté de la face muqueuse. Néanmoins, la muqueuse labiale elle-même peut être atteinte et chez nombre d'enfants, on voit dans la cavité buccale, à la partie interne de la commissure, de petits soulèvements épidermiques blanchâtres analogues à de petits dépôts opalins ou mieux, aux morsures de la muqueuse buccale. Au niveau de la lésion principale, les couches superficielles de l'épiderme ont parfois disparu et l'on voit à nu le derme sous-jacent. La lésion occupe en général, les deux commissures mais elle peut aussi n'exister que d'un seul côté : qu'elle soit intense ou peu prononcée, elle est également accentuée des deux côtés, dans la majorité des cas. La perlèche est indolore et les enfants n'accusent aucune sensation, à moins que la fissure ne devienne saignante, ce qui se voit, soit après la distension des commissures, soit surtout sous l'influence de la malpropreté.

La perlèche ne se présente pas toujours, en effet, à l'état de plaque blanchâtre, opaline ; la fissure s'étend vers la base de la lèvre, s'ac-

<sup>(1)</sup> J. de la Société de médecine de la Haute-Vienne, 1886, p. 55.

centue et se met à saigner : elle se recouvre alors d'une croûte puis il s'y fait des inoculations secondaires et dans ces cas, on voit alors à la périphérie de la lésion primitive une auréole rouge inflammatoire, atteignant parfois un demi-centimètre, avec desquamation furfuracée ou même croûtelles. Il n'y a aucune induration sous-jacente, aucun retentissement ganglionnaire.

La lésion se limite exactement au voisinage des commissures et jamais elle ne siège à la partie médiane de la lèvre, par exemple; elle tend à guérir spontanément. M. Lemaistre a remarqué que sa durée est de 15 à 30 jours; ce terme d'un mois m'a paru être un minimum et pour moi, la perlèche dure de 4 à 6 semaines. Guérie, la lésion laisse après elle pendant plusieurs mois, une surface blanche, nacrée, lisse qui nous a toujours permis de reconnaître les enfants atteints auparavant de perlèche. Mais l'affection récidive avec la plus grande facilité et le même cycle de lésions se reproduit. On comprend comment cette affection peut en imposer pour de l'herpès ou ce qui est plus grave, pour des plaques muqueuses.

La perlèche paraît être extrèmement contagieuse : quand elle existe dans une école, on est à peu près sûr que tous les enfants en seront atteints. C'est en effet, surtout chez les enfants qu'elle évolue et même chez les enfants du premier âge. C'est dans les salles d'asile, dans les écoles maternelles, dans les basses classes des autres écoles que l'on trouve la perlèche. Ce n'est pas parce que le parasite trouve à cet âge peu avancé, un meilleur terrain de culture : c'est bien plutôt en raison des rapports plus étroits qui existent entre les enfants non seulement dans leurs jeux, mais même en classe. La perlèche peut, en effet, se voir à tout âge et je l'ai rencontrée chez des enfants de 13, 14 ans dont les frères ou sœurs, en bas âge, étaient atteints. Il n'est pas rare de voir des familles entières, les parents compris, présenter de la perlèche. La directrice de l'une de nos écoles maternelles qui embrassait ces enfants, a été de même contagionnée.

La perlèche peut être dans certaines écoles, d'une fréquence extrême: c'est ainsi que, dans une école maternelle, j'ai compté 42 enfants atteints de perlèche sur 155 inscrits, soit 1 sur 3 ou 4. Dans une école d'enfants plus âgés, je n'ai trouvé que 25 enfants atteints sur 245 inscrits, soit 1 sur 10 et encore ce nombre est-il accru, du fait des dernières classes, car dans les trois premières classes de cette école (enfants de 10 à 14 ans, je n'ai trouvé que 10 perlèches sur 150 enfants, soit 1 sur 15, chiffre qui se rapproche de celui donné par M. Lemaistre, 1 sur 17.

Dans une école maternelle de ma circonscription, que j'examinais ces jours derniers, je n'ai trouvé aucun cas sur 54 enfants. Il ne faudrait donc pas croire que la perlèche existât dans toutes les écoles.

Les chiffres que j'ai donnés, sont d'ailleurs fort variables : en hiver,

pa

pa

m

C

ne

cl

III

n

iı

la perlèche est certainement moins commune qu'en été, peut être parce que le parasite germe moins facilement, mais sûrement aussi, parce que les causes de contagion sont moins fréquentes.

Les deux causes de contagion qui, après le contact direct dans un baiser par exemple, favorisent le plus la dissémination de la perlèche, sont le gobelet et l'essuie-main. Pendant l'été, les enfants boivent à la même bouteille, dans le même verre et ils s'inoculent ainsi la perlèche. Cela est si vrai que la directrice dont je parlais, a pu faire diminuer notablement dans son école le nombre des perlèches en exigeant que chaque enfant eût sa bouteille. De même, chez ces enfants souvent malpropres, la serviette qui sert à les laver, peut être le véhicule du contage. Aussi est-il indiqué de ne pas se servir du même essuiemain pour les enfants atteints de perlèche et pour les enfants restés indemnes.

La perlèche atteint les garçons aussi bien que les filles. Elle peut être considérée comme une affection sans gravité; néanmoins, en raison de sa nature essentiellement contagieuse et de la difficulté extrême que l'on a, dans les écoles, à s'en déharrasser, on ne saurait prendre trop de précautions lorsqu'un cas nouveau fait son apparition dans une réunion d'écoliers. L'attention doit être appelée sur les frères ou sœurs d'enfants en bas âge; atteints de perlèche, ils peuvent être l'origine involontaire de véritables épidémies.

Ce fait explique aussi, comment dans certaines écoles, on peut voir quelques cas qui semblent isolés et paraissent s'être développés spontanément, alors qu'il ne s'agit, en somme, que d'une contagion familiale, ainsi que le prouve une enquête. Ce sont en effet les tout petits qui sont le principal agent de dissémination de la perlèche.

J'ai recherché les micro-organismes qui pouvaient produire ces lésions.

Après avoir désinfecté avec soin chez trois enfants, la fissure même, j'y ai passé une aiguille de platine et j'ai ensemencé trois tubes de gélatine.

Au bout de 24 heures, la gélatine a commencé à se liquéfier et j'ai trouvé des cultures de staphylocoques, des bâtonnets, etc. Il était à présumer en effet, que l'on devait rencontrer différents micro-organismes dans ces fissures exposées à l'air libre et souillées continuellement par les liquides buccaux et la malpropreté enfantine. C'est donc une erreur de chercher les micro-organismes de la perlèche au niveau de la fissure : aussi, considérant que ces résultats ne pouvaient être valables, je soulevai l'épiderme macéré, le plus loin possible de la fissure et je recueillis les produits sous-épidermiques. Les cultures sur gélatine se développèrent beaucoup plus tardivement que dans les cas précédents, il fallut attendre 36 et 48 heures pour voir apparaître à sa partie supérieure, une masse opaline, un trouble que je ne saurais

mieux comparer qu'à celui que donne par la chaleur une urine albu mineuse, mais la gélatine ne se liquéfiait pas. Dans des cultures plus vieilles, on voyait apparaître au sein de la masse opalescente, des sortes de petits grumeaux, des petites perles minuscules, blanches, qui allaient en augmentant de nombre. Sur gélose, j'obtins de petites colonies blanches, ternes, semblables à celles des staphylocoques. Au microscope, je trouvai des coccus isolés ou réunis en diplocoques; en un mot, je constatai dans tous les cas la présence du staphylococcus cereus albus. Il me paraît en général associé au staphylocoque doré car sur toutes mes cultures sur gélose, ce dernier micro-organisme a fini par se développer après un temps variable et pourtant les tubes de gélatine n'ont jamais été liquéfiés.

Il s'agit donc du staphylococcus cereus albus avec association possible de staphylocoque doré, mais ce dernier ne jouant ici qu'un rôle secondaire, au contraire de ce qui se produisait pour les fissures, comme je l'ai dit. Une autre fois, la seule, d'ailleurs, sur 6 enfants examinés, j'ai trouvé en même temps que le staphylococcus cereus qui n'a jamais manqué, un streptocoque qui, en cultures, m'a paru ressembler au streptocoque plicatilis de M. Lemaistre. En résumé, le micro-organisme que j'ai constamment trouvé, en prenant les liquides de culture sous l'épiderme macéré et le plus loin possible de la fissure, est le staphylo-

coque cereus albus.

Ce microbe est-il donc spécifique? Je ne le pense pas. Je crois qu'il fait partie de ces nombreux microbes qui habitent la cavité buccale, plus nombreux encore chez l'enfant que chez l'adulte et je rapprocherai volontiers la perlèche de ces stomatites que l'on rencontre si souvent dans l'enfance. On voit sur la face muqueuse des lèvres, au pourtour de l'orifice buccal, en arrière des commissures, des soulèvements épithéliaux, des macérations épidermiques qui, tantôt évoluent isolément, mais tantôt aussi et le plus souvent, coïncident précisément avec la perlèche. Ce sont bien les mêmes lésions. Je rapprocherai encore et surtout la perlèche de cette stomatite diphtéroïde qu'ont récemment décrite MM. Sevestre et Gastou et qui siège encore à la face interne des lèvres, coïncidant avec l'impétigo de la face ou le coryza chronique et relevant du staphylocoque doré. Je ferai remarquer à ce propos, combien fréquents dans l'enfance ces coryzas, ces manifestations impétigineuses (impétigo, tourniole, conjonctivite phlycténulaire, etc.). N'est-ce pas encore une raison d'identifier tous ces cas?

Pour moi, la perlèche peut être produite par ce staphylocoque cereus albus, mais je suis convaincu que plusieurs microbes peuvent aussi la déterminer. Elle n'a, à mon avis, rien de spécifique, semblable en cela encore, à l'impétigo qui peut être produit par plusieurs microbes pyogènes. C'est ainsi que je n'ai pas trouvé le streptocoque de M. Lemais-

tre,

che

Lin

d'A

tan

Jes

rais

me

dan

teri

dui

s'ag

me

elle

mie

ma

pat

tou

do

vai

l'id

mé

àr

ex

ce

m

l'a

tra

al

tre, mais je suis persuadé que dans les cas examinés par lui, la perlèche était due à ce streptocoque, très abondant dans cette école de Limoges et que se repassaient les enfants, comme dans les écoles d'Auteuil ils se repassent le staphylocoque cereus albus qui y abonde, tandis que le streptocoque plicatilis, s'il y existe, est au moins fort rare. Je suis de même convaincu qu'un autre micro-organisme pourrait avec raison être incriminé, c'est-à-dire que de même que le micro-organisme de l'impétigo n'est pas toujours par exemple, le staphylocoque doré, de même le microbe de la perlèche peut n'être pas identique dans tous les cas. Toutes ces lésions des commissures, de la face interne des lèvres et des joues sont de même nature et peuvent être produites par des micro-organismes qui sont parfois différents. De quoi s'agit-il en effet dans la perlèche? D'une macération, d'un soulèvement épidermique, car la fissure n'est que secondaire et d'ordre mécanique. Or, cette macération épidermique avec soulèvement, n'estelle pas le mode de réaction de l'épiderme pour tous les agents microbiens? Au premier degré, c'est le soulèvement épidermique, la macération avec chute de l'épithélium puis fissure aux commissures et rougeur périphérique par irritation et association de microbes pathogènes ; c'est la perlèche en un mot : c'est encore, à l'intérieur de la cavité buccale, le dépôt opalin de ces stomatites de l'enfance. Un degré de plus, c'est la stomatite diphtéroïde de MM. Sevestre et Gastou; de véritables fausses membranes se sont alors produites. J'estime donc que la perlèche, macération épidermique des commissures pouvant être produite par un agent banal, doit être décrite à côté de la stomatite impétigineuse, tout en spécifiant, bien entendu, que je ne l'identifie pas avec l'impétigo.

Ce ne me paraît pas être une lésion spécifique relevant d'un seul et même microbe et en raison des micro-organismes banals qui peuvent, à mon avis, lui donner naissance, je crois que cette lésion doit être extrêmement commune dans l'enfance, que loin d'être endémique dans certaines écoles, elle doit exister dans tous les pays, tout en reconnaissant que les cas peuvent être plus ou moins nombreux, suivant que les enfants se repassent des microbes qui trouvent dans la salive et les écoulements péri-buccaux, des conditions favorables de développement. J'ajoute que la perlèche me paraît pouvoir se développer chez l'adulte, spontanément, sans contagion aucune et j'ai souvenir d'avoir vu des érosions avec fissures des commissures des lèvres, rebelles au traitement qui pouvaient fort bien être de véritables perlèches.

Ce que l'on peut dire enfin, c'est que le staphylocoque doré semble produire des lésions d'un autre ordre que la staphylocoque cereus albus. Ce dernier détermine le soulèvement épidermique non inflammatoire, non réactionnel, dans lequel ne paraît pas germer le staphylocoque doré; mais vienne la fissure, le staphylocoque doré produit

alors ses effets habituels; il s'y développe avec abondance ainsi que le prouvent nos cultures et c'est à lui qu'il faut attribuer ces phénomènes inflammatoires qui se voient le plus souvent autour de la perlèche, s'étendant vers la joue. Il est probable d'ailleurs, qu'il en est de même pour d'autres micro-organismes, le staphylocoque de M. Lemaistre par exemple, auquel incomberait, comme au staphylocoque cereus albus, la lésion initiale. A ce streptocoque viendraient s'adjoindre, la fissure cutanée une fois produite, différents autres microbes, le staphylocoque doré notamment, que l'on trouve sur toute la peau et qui ne manque pas, pour peu que l'occasion s'en présente, de donner lieu à des phénomènes inflammatoires plus ou moins prononcés, si l'on veut, mais non moins réels. C'est précisément ce qui se passe pour la perlèche.

M. FOURNIER. — Cette question de la perlèche présente un intérêt médicolégal évident : la maladie ne se produit pas seulement en effet chez l'enfant, mais peut avoir lieu aussi chez l'adulte ; et le diagnostic différentiel avec la syphilis se pose quelquefois dans des conditions fort difficiles : je me souviens d'avoir été commis comme expert dans un cas où l'on supposait une transmission de syphilis en s'appuyant sur les lésions des commissures labiales et où il s'agissait réellement de perlèche.

M. Hallopeau. — M. Raymond a-t-il reproduit la maladie par inoculation de son microbe.

M. RAYMOND. — Ne me croyant pas en droit d'inoculer les cultures à ces enfants, je n'aurais pu le faire que sur moi, mais j'ai hésité, ces cultures pouvant contenir des staphylococcus. D'ailleurs si l'inoculation échoue, cela prouve-t-il que l'on n'a pas trouvé le véritable microorganisme?

M. Hallopeau. — M. Lemaistre n'a pas inoculé non plus la maladie; les microbes que l'on trouve sur le tégument ou dans les muqueuses labiales sont si banals qu'en dehors de la reproduction de la maladie par inoculation, leur valeur pathogène devient insignifiante.

#### Dermatite exfoliatrice a évolution anomale.

#### Par MM. DE BEURMANN et CLAUDE.

La nommée J..., Émilie, autrefois coloriste de cartes, actuellement femme de ménage, est entrée dans le service de M. de Beurmann, salle Pascal C, hôpital Pascal, le 29 août 1892, lit nº 48. Elle est âgée de 54 ans et ne présente pas d'antécédents héréditaires importants. Son père est mort à 71 ans d'une affection cardiaque. Sa mère était asthmatique et

mon

J

et d

eu

acc

ver

tati

liqu

le !

rou me

de

env

s'a

déc

soi

gn

plu

mê

viv

l'a

un

ph

bo

ab

fre

ap so

> to fa

> il

Į

mourut à 76 ans. Un frère de cette malade, âgé de 58 ans. est d'une bonne santé.

J... a toujours été bien portante. A l'exception d'une rougeole à 5 ans et de poussées d'impétigo du cuir chevelu à diverses reprises, elle n'a pas eu de maladies sérieuses. Mariée à 17 ans, elle eut 6 grossesses sans accident, jusqu'à 30 ans, puis 3 fausses couches. Elle a cessé d'être réglée vers 50 ans et c'est depuis cette époque qu'elle a présenté des manifestations cutanées. On ne trouve pas dans son passé d'intoxication éthy-

lique, ni hydrargyrique, ni arsenicale. Pas de syphilis.

Un matin, il y a 4 ans, elle s'aperçoit en se réveillant qu'elle a sur le front et sur les joues des plaques assez étendues d'une coloration rouge foncé. Il n'y avait pas de démangeaisons à ce niveau, mais seulement un peu de gonflement et une sensation de gène sur la figure. Pas de fièvre, pas de malaise général. Les jours suivants les taches s'étendirent, envahissant presque toute la figure, et toujours sans donner lieu à aucun phénomène subjectif. Leur coloration devenait plus foncée, leur nombre s'accrut également un peu. Au bout de quelque temps la malade se décide à entrer à l'hôpital Pascal, dans le service de M. Balzer, où elle fut soignée pendant trois mois. Elle quitta l'hôpital peu améliorée et le diagnostic de cette affection ne semble pas avoir été fait d'après les renseignements que nous avons pu avoir (1).

Pendant trois ans, la malade ne présenta pas autre chose que cette érythrodermie faciale qui diminua un peu d'étendue, mais prit une teinte de

plus en plus rouge violacé et enfin à peu près lie de vin.

21 août 1892. La malade remarque sur l'avant-bras droit un petit bouton. Trois jours après, apparaissaient sur la main des vésicules et même quelques bulles, en même temps qu'un gonflement prononcé et une vive rougeur. Ces bulles s'ouvrirent et donnèrent issue à un liquide séreux.

Le 27 janvier, la malade fut prise d'une fièvre violente; la main et l'avant-bras droit étaient tuméfiés, très douloureux. Ces phénomènes s'accusant de plus en plus, elle entre le 29, à l'hôpital Pascal, présentant une température élevée, un état général grave, et les signes d'une lymphangite très nette. Un traitement antiseptique énergique fut institué; au bout de six semaines, la maladie était terminée, une desquamation assez abondante, accompagnée de la chute des ongles, s'était produite sur le membre atteint.

A cette époque, c'est-à-dire vers le mois d'octobre, à la suite de bains fréquents (?), la malade se plaignit de démangeaisons sur tout le corps, sauf la figure; en même temps, la peau était sèche et présentait des rougeurs disséminées sur les bras et les jambes. Puis sur ces plaques rouges apparurent de petites vésicules qui donnaient lieu à de vives démangeaisons, qui s'ulcéraient et formaient de petites croûtes. En moins d'un mois, tout le corps fut couvert de ces plaques rouges. La fièvre apparut d'une façon persistante.

<sup>(</sup>l) D'après les renseignements que vient de nous fournir M. Balzer, la malade fut à cette époque considérée comme alcoolique et son observation fut déjà publiée dans la thèse de M. Poirrier, intitulée Contributions à l'étude du purpura alcoolique (Paris, 1890). Elle avait déjà à cette époque des lésions dermiques particulières.

La malade se plaignait d'une sensation de chaleur, d'ardeur à la peau toute particulière, en même temps que d'une certaine sensibilité au froid.

Pendant le mois de novembre, les lésions se généralisèrent et s'accentuèrent de plus en plus. Sur la peau généralement rouge apparaissaient des éruptions de petites vésico-pustules déterminant un prurit intense et qui étaient ulcérées par le grattage. La fièvre persistait avec des exacerbations vespérales. L'appétit était nul.

Pendant le mois de décembre, les phénomènes généraux diminuent d'intensité. Les troubles locaux restent semblables, mais le cuir chevelu intact jusqu'alors, devient le siège de démangeaisons. Des boutons apparaissent, des croûtes se forment sur toute la tête, et les cheveux qui déjà tombaient depuis quelque temps, disparaissent presque complètement sur le sommet du crâne. Les sourcils, par suite des démangeaisons et du grat-

tage, tombent peu à peu.

Au mois de janvier la fièvre et les phénomènes généraux s'atténuent et disparaissent, mais alors se montre la desquamation. Celle-ci débute par la figure et le tronc et devient bientôt générale, quoique moins prononcée aux membres inférieurs. Les squames se détachent peu abondants, la peau s'effrite, se fentille aux plis de flexion. Les ongles des pieds et surtout des mains se déforment, s'épaississent ; les cils et les cheveux continuent à tomber.

En février l'état de la malade reste à peu près stationnaire. Il n'y a plus de phénomènes généraux et ce qui frappe à l'examen c'est en somme une rougeur généralisée des téguments, accompagnée d'une desquamation peu

intense mais variables suivant les points considérés.

La face présente une teinte jaune saumonée sur laquelle se détachent, au niveau des joues et du front, de larges plaques foncées à bords irréguliers ou festonnés, reliées par endroits les unes aux autres, ou complètement isolées. Sur le front particulièrement les taches sont plus petites et plus isolées. Leur coloration est lie de vin foncée, rappelant l'aspect de certains nævi. Elles ne sont pas surélevées, ne causent aucune douleur, la sensibilité est normale à leur niveau, et la peau ne diffère pas des autres parties de la figure. En effet il y a partout sur la face un peu d'épaississement du derme. Les couches superficielles de l'épiderme qui semblent prêtes à se détacher se plissent légèrement sur les couches profondes. Par places de petites lamelles, assez isolées les unes des autres, tendent à se soulever. Sur le front et le menton ces squames sont furfuracées, très peu étendues et rares. Elles sont plus nombreuses sur le nez et les joues. Enfin il y a des endroits où la peau est rouge, mais sans aucune desquamation. Il n'y a guère de démangeaisons sur la face, mais, quoique les traits soient assez mobiles, la malade présente une certaine tension de la peau qui détermine une sensation de gêne : toutefois l'ouverture buccale n'est pas diminuée; les paupières ne sont pas anormales mais se meuvent un peu plus difficilement : il y a un léger degré d'ectropion de la paupière inférieure et de conjonctivite. Les larmes coulent facilement sur les joues. Les sourcils ont disparu, ainsi que la plupart des cils de la paupière supérieure.

Sur le cuir chevelu l'alopécie est à peu près complète sur le sommet de la tête, moins accusée vers les tempes et surtout vers l'occiput. Au niveau de

ul

ď

V

b

P

des points alopéciques le cuir chevelu a une coloration cuivrée, et présente une desquamation très abondante, dont on peut suivre l'évolution. On voit d'abord apparaître un soulèvement de l'épiderme dont les dimensions varient de celles d'une lentille à celle d'une pièce de 2 francs. Au-dessous s'accumule une sérosité qui devient peu à peu purulente, se fait jour à l'extérieur, suinte pendant quelque temps et se tarit. La lamelle épidermique soulevée se dessèche, tend à s'isoler complètement des parties voisines et se détache finalement sur une assez grande étendue.

Les rares cheveux qui existent encore par places sont entourés par des

croûtelles à leur base. Ils sont minces, secs, sans consistance.

Les muqueuses linguale, pharyngée, pituitaire ne présentent aucune altération. Le pavillon de l'oreille est coloré comme la face et desquamé également. Il n'y a pas d'adénopathie cervicale, ni sous-maxillaire notable.

Sur le cou la peau a une coloration rouge assez accusée. Elle est mince, se détache assez facilement du tissu cellulaire sous-cutané et se laisse plisser aisément, elle donne au doigt une sensation de sécheresse spéciale due à la desquamation abondante à ce niveau. Les lamelles épidermiques qui se soulèvent sont assez adhérentes et de peu d'étendue.

Sur la poitrine l'aspect est à peu près le même, toutefois la desquamation se fait par lamelles plus étendues particulièrement vers la paroi anté-

rieure de l'aisselle où les squames atteignent parfois 2 centim.

La peau est aussi moins souple et gêne un peu les mouvements des bras.

Les membres supérieurs présentent une coloration moins rouge que le reste du corps. La peau a plutôt un aspect violacé. La desquamation se fait par fines lamelles, très rapprochées, se détachant assez difficilement. Au pli du coude de petites fissures donnent lieu à un suintement séropurulent. Sur les avant-bras de petites croûtelles sont les traces des grattages dus aux démangeaisons assez violentes. La peau est épaissie sur le bras droit, siège de la lymphangite antérieurement. Sur l'autre bras l'épaississement est moins accentué.

Sur la face dorsale des mains la peau s'exfolie par lamelles longues, minces, découvrant un épiderme lisse, aminci notablement.

Du côté de la paume la peau est épaissie presque cornée par places. En certains points l'épiderme est soulevé par une sérosité devenant purulente et se détache par larges lambeaux mortifiés. Aux plis de flexion la peau est crevassée.

Les doigts sont déformés, arrondis, par une sorte d'œdème dur. La peau est comme tendue. Elle s'exfolie en donnant issue à un liquide séro-purulent qui se collecte sous l'épiderme. Elle est fissurée aux plis de jointure. Les ongles sont épaissis, cornés, tordus, et au-dessous d'eux s'accumulent des produits épidermiques, durs, difficiles à détacher. Ils ne sont pas tombés; nous avons vu que les ongles de la main droite étaient tombés autrefois au cours de la lymphangite : ils avaient repoussé ensuite. Sur les membres inférieurs la desquamation est beaucoup moins abondante. La peau a un aspect rouge brun, jambonné. Elle est épaissie mais se laisse soulever facilement entre les doigts. De grandes lamelles au contraire se détachent

sur les pieds spontanément ou à la suite de petits foyers de suppuration sous-épidermique, comme à la main. Les ongles des orteils sont déformés et altérés dans leur structure. Il existe des démangeaisons très vives par instants sur les jambes.

La peau de l'abdomen est sèche, a un aspect chagriné. Les lamelles épidermiques sont furfuracées, se détachent vite, aussi n'y trouve-t-on cette apparence blanchâtre, argentée qui existe sur les bras et la partie supérieure du thorax.

La desquamation est peu abondante sur le dos. La peau a une coloration jambonnée. Sur les fesses l'exfoliation et le frottement ont mis à nu les couches superficielles du derme, et des eschares se sont formées.

Les ganglions axillaires et inguinaux sont légèrement engorgés et un peu douloureux.

L'état général de la malade est bon. Elle n'a plus de fièvre, sauf au momoment où des foyers suppurés existent au niveau des mains. La peau ne présente plus de sensibilité au froid. Il n'y a pas d'anesthésie, mais un peu d'hyperesthésie à la figure. Pas de troubles oculaires ni auditifs. Aucun phénomène douloureux. Aucune affection respiratoire ni cardiaque. Appétit bon.

L'examen des urines n'a décelé ni albumine ni sucre. L'urée est en quantité normale, variant de 20 à 25 gr. dans les 24 heures.

Les diverses altérations cutanées, la desquamation, les petits foyers de suppuration, répandent une odeur assez forte autour de la malade.

La desquamation est d'ailleurs d'une façon générale peu intense. Le lit de la malade n'en est pas couvert, et l'on ne pourrait recueillir les squames à poignée, comme dans certaines dermatites.

Dans le courant du mois de mars l'état de la malade se modifie sensiblement. La desquamation tend à diminuer d'une façon très nette. Aux mains on ne voit plus que quelques croûtelles et de rares squames. Une peau nouvelle, fine, sans tendance à l'exfoliation, recouvre la plus grande partie des doigts et des mains. Il n'y a plus de foyer de suppuration. Les crevasses des plis ont disparu.

Sur les bras la peau est sèche, rugueuse, il ne reste plus que quelques squames pulvérulentes. Les fissures du pli du coude n'existent plus.

La desquamation a à peu près disparu de la face : çà et là quelques petites lamelles furfuracées se détachent encore, surtout sur le nez. Mais la coloration reste toujours rouge brun, et les taches violacées des joues et du front ne se sont pas modifiées. Sur la tête la suppuration est terminée, il y a encore des squames desséchées.

Les jambes et les pieds ne présentent presque plus d'exfoliation. La peau est fine mais garde toujours sa coloration cuivrée, jambonnée, plus ou moins foncée suivant les endroits. Il existe encore quelques démangeaisons sur les jambes.

Etat général bon.

Fin mars. L'amélioration s'accentue.

On note encore de temps en temps un léger suintement séro-purulent sur les mains ou les pieds accompagnant la chute de lamelles épidermiques. La régression de toutes les lésions est très manifeste. Toutefois la coloration des téguments persiste.

d

l

n

i

p

d

il

m

Pendant le mois d'avril la maladie semble faire un retour en arrière. La desquamation est de nouveau assez abondante sur le thorax et la figure. Les démangeaisons sont très vives surtout aux membres inférieurs. De nouvelles crevasses se forment sur les mains, les doigts. Sur les pieds des squames très étendues, sèches, se détachent, sur la face dorsale ; à la plante des lambeaux épidermiques épais, sphacélés sont soulevés par un liquide séro-purulent.

Mai. On note depuis quelques jours une certaine amélioration. La desquamation est moins abondante sur le thorax et les bras. Les fissures des mains ont disparu. Au niveau des pieds les couches d'épiderme sphacélé ont fini par se détacher; la peau est maintenant fine, mince et présente peu de tendance à la desquamation. Sur la figure il persiste par endroits une desquamation furfuracée, accompagnée de démangeaisons. Les lésions

oculaires, l'ectropion n'existent plus.

Le 15. L'amélioration s'accentue tous les jours. La desquamation est de moins en moins prononcée sur tout le corps. Sur la face il existe encore quelques lamelles furfuracées, ainsi qu'à la partie supérieure du thorax et le cou, ces parties ont toujours leur coloration rouge. Sur les bras la desquamation est bien moindre. Le bras droit présente toujours une infiltration dermique très prononcée. Du côté gauche la peau est beaucoup plus mince et se laisse soulever plus facilement. Il n'existe plus sur les mains que quelques fissurettes aux plis de flexion des phalanges. La peau est fine et douce au toucher.

Sur l'abdomen, les cuisses, la desquamation a disparu. La peau y est notablement épaissie, ainsi que sur les jambes où les démangeaisons sont toujours assez vives. La coloration jaune jambonnée persiste. Sur les pieds la desquamation est toujours plus prononcée : les lamelles épidermiques sont encore épaisses et étendues. Mais l'amélioration est cependant considérable.

Les mouvements ne sont pas gênés : à la paume des mains cependant, il existe un peu de rétraction de la peau, et la malade n'étend pas complètement les doigts dans la crainte de fendiller l'épiderme.

L'ectropion des paupières a tout a fait disparu.

Les ongles des pieds sont presque tous tombés et ont été remplacés. Les cheveux semblent repousser un peu.

Les ganglions inguinaux et axillaires sont encore un peu engorgés et sensibles à la pression.

L'état général est très bon. La malade s'est bien guérie d'une légère bronchite contractée il y a quelques jours. L'appétit est meilleur que les mois précédents. Les digestions sont bonnes. Les urines sont normales.

Réflexions. — L'observation que nous venons de relater nous paraît intéressante par les conditions dans lesquelles la maladie a apparu et par certains caractères prédominants qu'elle a présentés dans son évolution. Mais tout d'abord, dans quelle catégorie devons-nous la ranger? Si nous nous en rapportons à la classification généralement adoptée depuis le Congrès de Dermatologie de 1889, cette affection

paraît bien rentrer dans le groupe des Dermatites exfoliatrices généralisées primitives, qui ont été distraites de l'ancien pityriasis rubra. En effet la maladie a eu une évolution assez nettement cyclique : période d'augmentation, d'état, de déclin. Elle s'est étendue rapidement à tout le corps en s'accompagnant de phénomènes généraux marqués. Enfin à la période d'état la rougeur de la peau, la desquamation, la chute des poils, les suintements des plis articulaires relèvent bien du type ordinaire de la dermatite exfoliatrice généralisée.

Examinons maintenant quelques détails particuliers de l'histoire clinique de notre malade. Nous avons déjà noté que 3 ans avant l'apparition de la dermatite exfoliatrice, cette femme avait présenté subitement des taches érythrodermiques sur la figure qui ne se sont guère modifiées depuis cette époque et dont la nature est difficile à inter-

préter.

D'autre part, une lymphangite grave et de longue durée précède immédiatement la dermatose importante que nous avons vue. Cette lymphangite a-t-elle servi de porte d'entrée à une infection spéciale qui a évolué plus facilement sur un terrain prédisposé par une affection cutanée antérieure mal définie — ou bien a-t-elle été la cause directe de la dermatite exfoliatrice, comme ces dermatoses chroniques qui aboutissent aux herpétides exfoliatrices décrites par Bazin?

Nous avons déjà signalé l'absence de toute intoxication médicamen-

teuse ou professionnelle chez notre malade.

Pendant l'évolution de l'affection les divers symptômes ont eu une intensité très différente. La desquamation n'a jamais été très abondante même à la période d'état : les lamelles sèches sont toujours restées assez adhérentes et se détachaient mal par frottement. Le peu d'intensité de cette exfoliation explique les faibles modifications de l'excrétion urinaire.

Le prurit a toujours été au contraire très accentué, et encore actuellement les grattages répétés retardent sans doute la terminaison de la maladie. Toutefois les nombreux petits foyers suppurés qui ont apparu ne doivent pas être tous rapportés à des inoculations par grattage. En effet, la maladie a présenté une tendance remarquable a la suppuration. Nous avons déjà insisté sur le mode de formation de ces foyers séro-purulents épidermiques, qui dans certaines régions précédaient toujours l'exfoliation. Ces clapiers purulents ont donné à certains moments un caractère vraiment spécial à la maladie.

Malgré ces complications nous n'avons jamais rencontré d'adénopathies très prononcées et encore aujourd'hui les ganglions ne sont

pas notablement engorgés.

L'infiltration dermique et la rougeur sont très inégales suivant les diverses régions; tandis que sur la partie supérieure du corps et sur la figure la coloration des téguments est plutôt rouge et l'épaississement du derme peu accentué, sur la partie inférieure du corps et le dos la coloration est jaune brun et l'infiltration du derme plus prononcée.

Enfin la maladie qui dure déjà depuis plus de 8 mois semble approcher de sa guérison puisque malgré l'aggravation passagère des symptômes, du mois dernier, nous assistons maintenant à une atténuation manifeste des lésions principales : desquamation, fissures suppuratoires, etc. Aussi l'état général étant, somme toute bon, pourrons-nous porter malgré la persistance de la pigmentation et d'une légère furfuration, un pronostic heureux, comme dans la dermatite exfoliatrice subaiguē, contrairement à ce qui serait dans le pityriasis rubra, type Hébra, qui, par ses lésions beaucoup plus accentuées, sa terminaison progressivement fatale, se distingue de la dermatose qui fait l'objet de cette note dont l'origine et la nature restent en somme très douteuses.

M. Balzer. — J'ai vu cette malade dans mon service et ai pu l'observer assez longtemps; à ce moment, il ne pouvait être fait d'autre diagnostic que celui de purpura, purpura de la face procédant par poussées successives dont chacune durait environ trois semaines, avec intervalles d'intégrité plus ou moins long. Son observation a été alors publiée dans la thèse de M. Poirrier (Th. Paris, 1890).

M. Zambaco. — Je ne voudrais qu'on m'accusât de vouloir voir la lèpre partout, mais je ne puis m'empêcher de trouver une grande analogie entre ce cas et le début de certaines lèpres; aussi, je demande qu'on fasse ici un examen biopsique en prenant le fragment cutané sur le côté externe de l'avant-bras.

M. E. Besnier. — L'observation de cette malade demande à être poursuivie, et nous prions M. de Beurmann de vouloir bien nous la représenter ultérieurement. Je crois aussi que l'examen biopsique doit être fait non pas seulement dans le sens de la question soulevée par M. Zambaco, mais aussi parce qu'il permettra d'être éclairé sur la nature histologique de la maladie; dans ce cas, on ne peut s'empêcher de penser, par exemple, au mycosis fongoïde sur l'existence possible duquel l'histologie peut donner de précieuses indications.

#### Lèpre ou simili-lèpre.

Par M. DU CASTEL.

La malade que je vous présente, est celle que j'ai déjà eu l'honneur de vous présenter dans notre dernière séance : c'est surtout pour vous montrer les modifications survenues depuis cette époque que je vous amène aujourd'hui de nouveau la malade.

L'éruption, comme vous pourrez le voir, a persisté; elle a pâli. mais elle est encore très nette : sur la face, ce sont surtout des papules légèrement desquamantes; sur les seins, sur les fesses, et sur les membres inférieurs, des taches d'érythème circiné; sur le dos des poignets, vous pourrez retrouver la grande tache érythémateuse diffuse qui existait déjà, il y a un mois. Au cou, où il existait une papule très volumineuse, celle-ci a disparu en laissant à la place une coloration pigmentaire très intense. Les troubles de la motilité et de la sensibilité n'ont pas subi de modifications manifestes. L'électrisation des muscles a donné les réactions de la dégénérescence d'origine périphérique. L'examen du pus recueilli sur un vésicatoire appliqué an niveau de l'avant-bras n'a pas permis de constater l'existence de bacilles de Hansen. Nous en sommes à nous demander si nous sommes ici en présence d'un véritable cas de lèpre indigène ou s'il est possible que des affections du système nerveux encore mal déterminées, aux allures de syringomyélie, puissent déterminer le développement d'accidents revêtant si exactement les caractères et l'allure des accidents de la lèpre.

M. Zambaco. — Je n'hésiterais pas à porter le diagnostic de lèpre si cette malade était chez moi; je ne crois pas qu'il faille attacher une importance capitale au pays d'origine et à la recherche du mode de propagation; car souvent on ne trouve rien et la lèpre existe pour ainsi dire partout en voie d'atténuation; cette malade a eu une poussée éruptive aujourd'hui, mais ces poussées éruptives, nous savons qu'elles sont aussi très fréquentes dans la lèpre. Il est évident qu'il vaudrait mieux, pour poser un diagnostic ferme de lèpre, pouvoir constater la présence du bacille; mais son absence ne me suffit pas pour faire rejeter ce diagnostic. La recherche faite au moyen du vésicatoire me paraît infidèle.

M. E. Besnier. — Ce cas peut prendre place à côté des autres pour la discussion qui se poursuit en ce moment et qui a été soulevée par les observations de M. Zambaco; il est certain qu'il présente des analogies avec certains cas de lèpre, mais je ne trouve pas qu'on puisse en faire un type. M. Zambaco nous dit que la présence ou l'absence du bacille est pour lui d'ordre secondaire, je ne suis pas de son avis; et pour la recherche par le procédé du vésicatoire nous ne pouvons pas ne pas tenir compte de ce qu'ont dit et fait nos confrères roumains. M. Darier qui a reçu dernièrement des préparations faites avec ce moyen pourrait nous donner son impression.

M. Darier. — On m'a remis en effet des préparations faites avec du pus provenant d'un vésicatoire appliqué pendant quatre jours sur une tache de la peau dans un cas de lèpre nerveuse. Les bacilles existaient en quantité innombrable; il me semble impossible d'admettre qu'on puisse en obtenir une si grande quantité dans ce court espace de temps sur une simple tache et je pense que le vésicatoire a dû être appliqué sur une plaque déjà saillante.

pe

ne

M. Zambaco. — Je suis de l'avis de M. Darier; j'ai enlevé des maux perforants lépreux avec les tissus environnants, et je n'ai pas constaté de bacilles : ceux-ci sont difficiles à rencontrer dans les formes nerveuses.

M. E. Besnier. — Le diagnostic bactériologique de la lèpre est une question encore neuve qui sera certainement poursuivie; je crois cependant que l'absence de bacilles constatée par des examens répétés crée une grande présomption pour un diagnostic différent de la lèpre; et plusieurs des cas de ce genre reviendront se rattacher au groupe des maladies nerveuses.

Deuxième note sur une poussée aiguë de lèpre et plus particulièrement sur ses localisations multiples dans les nerfs périphériques.

Par MM. H. HALLOPEAU et E. JEANSELME.

Dans une précédente communication (séance du 9 mars 1893), nous avons rapporté l'histoire d'une poussée aiguë survenue dans le cours d'une lèpre anesthésique. En quelques jours, des lésions oculaires fort graves et une orchi-épididymite double s'étaient développées sous nos yeux. A la même époque, le membre supérieur gauche, jusque-là presque indemne, était devenu le siège d'amyotrophies multiples, si bien que, en moins de quinze jours, les éminences thénar et hypothénar, les interosseux et les muscles des avant-bras avaient presque totalement disparu. Il en résulta l'apparition rapide d'une griffe cubitale en tout semblable à celle qui, au niveau du membre supérieur droit, avait exigé plusieurs années pour se parfaire. Depuis lors, les amyotrophies d'origine névritique se sont multipliées, intéressant à la fois les quatre membres et la face. C'est sur ces polynévrites à marche rapide que nous désirons surtout attirer l'attention aujourd'hui.

Tous les muscles des membres inférieurs ont diminué de volume, mais l'atrophie est plus marquée au niveau des jambes. Au lieu du relief que forment à l'état normal les muscles de la région antéro-externe, on observe, des deux côtés, une gouttière longitudinale limitée en dedans par la crête saillante du tibia. Quand le malade est assis sur le bord de son lit, les jambes pendantes, la pointe des pieds dirigée vers le sol ne peut être relevée et la face plantaire ne peut être portée ni en dehors, ni en dedans. Si l'on imprime à la jambe des secousses rapides, le pied oscille passivement dans tous les sens et le malade est incapable de s'opposer à ces mouvements désordonnés.

Les troubles moteurs rendent la marche très difficile. Le malade est obligé d'élever fortement le genou pour que la pointe du pied ne traîne pas sur le sol, puis il projette directement la jambe en avant et laisse tomber lourdement et d'un seul coup la plante du pied. Ces divers temps de la marche ne se fusionnent pas comme dans la progression normale, aussi en résulte-t-il cette allure scandée et saccadée qu'on désigne sous le nom de steppage et qu'on observe dans toutes les affections qui entraînent une impotence fonctionnelle des extenseurs du pied (pseudo-tabes alcoolique, diabétique, etc.). Du reste le malade ne présente pas de phénomènes ataxiques : il ne talonne pas, il a toujours conscience de la position de ses membres, la direction générale des mouvements n'est pas altérée et l'occlusion des yeux n'aggrave pas les troubles moteurs. Quand le malade porte de fortes chaussures qui empêchent la torsion latérale du pied et qui préviennent en partie la chute de la pointe, les incorrections de la marche sont beaucoup moins accentuées.

Le réflexe rotulien est très faible, surtout à gauche, et la manœuvre de Jendrassik peut être nécessaire pour le rendre évident. Le réflexe cutané plantaire est aboli des deux côtés.

Depuis quelques jours seulement, il existe les signes d'une paralysie faciale du côté droit. Les contractions des orbiculaires des paupières sont affaiblies des deux côtés, de sorte que l'occlusion des yeux est fort imparfaite.

Les muscles du cou et du tronc ne paraissent avoir subi aucune atrophie.

Depuis le début de la poussée, le malade se plaint d'un peu de parésie vésicale : la miction exige des efforts et se fait souvent en deux temps.

Pendant que ces troubles moteurs se développaient, le malade a ressenti des douleurs dans les régions frappées par l'atrophie. A la face, elles ont affecté le caractère d'une névralgie peu intense et continue; en outre, la joue droite et le front ont été et sont encore le siège d'une fausse sensation qui fait croire à tort au malade que ces parties sont tuméfiées. L'atrophie des membres supérieurs et inférieurs s'est accompagnée d'une sensation permanente de refroidissement localisée au niveau des mains et des pieds, d'élancements peu intenses dans la continuité des membres et de douleurs constrictives en forme de brace-let au niveau des chevilles et des genoux, des poignets et des coudes.

L'étude des altérations de la sensibilité objective est des plus intéressantes. Elles offrent une disposition absolument symétrique. Dans tous les points situés au-dessous d'une ligne circulaire passant à quelques centimètres au-dessus des genoux et des coudes, la sensibilité est abolie dans tous ses modes : le toucher, la piqûre, le contact d'un corps chaud ou froid n'éveillent aucune sensation. Les tissus sous-jacents à la peau ont conservé une sensibilité obtuse, mais l'analgésie est complète. Nous avons déjà dit que le sens musculaire n'était pas éteint.

A partir des genoux et des coudes, la sensibilité au toucher et à la piqure existe, mais elle est très émoussée. Elle devient de plus en plus nette à mesure qu'on se rapproche de la racine des membres. La sensibilité thermique présente une perversion remarquable sur toute l'étendue des cuisses et des bras : le contact d'un corps froid donne en ce point une sensation de chaleur tandis que l'application d'un corps chaud y est perçue normalement.

Au niveau des bourses, la sensibilité tactile est très obtuse, la piqure n'est pas douloureuse. Ici encore le contact d'un corps froid et d'un corps chaud sont suivis tous deux d'une sensation de chaleur.

Cette même perversion thermique existe aussi au niveau du front. Sur les joues, tout corps chaud ou froid ne donne qu'une sensation de contact.

La sensibilité, sous toutes ses formes, est intacte sur toute la surface du cou et du tronc.

Nulle part il n'existe de retard de la perception sensitive.

Il est intéressant de comparer ces résultats avec ceux que nous avions obtenus un an environ avant la poussée (25 mars 1892). A cette époque, la zone d'anesthésie sur les membres inférieurs remontait déjà, comme aujourd'hui, jusqu'au-dessus des genoux. Mais, au membre supérieur droit, elle ne dépassait pas le poignet, au membre supérieur gauche, la sensibilité n'était qu'émoussée, tandis que l'abolition de la sensibilité s'observe actuellement des deux côtés jusqu'audessus des coudes. Enfin la sensibilité thermique n'était pas pervertie, lors de notre premier examen.

Outre les amyotrophies, quelques troubles de nutrition ont coı̈ncidé avec la poussée. Parmi ceux-ci, nous signalerons l'apparition d'une tumeur dorsale disposée symétriquement sur chaque poignet, des maux perforants et une eschare de pression située au niveau de la face externe du plateau tibial gauche.

Certains nerfs ont augmenté considérablement de volume pendant le cours des accidents aigus. Le cubital gauche a acquis en quelques jours le volume d'un porte-plume. Une palpation attentive fait reconnaître que les deux sciatiques poplités externes sont aussi gros que le petit doigt.

Tout cet ensemble de manifestations aiguës s'est accompagné d'un état général grave, caractérisé par de la fièvre, de l'anorexie, de l'embarras gastrique et de la diarrhée. Les urines contiennent un peu d'albumine. Le foie n'est pas volumineux, mais ses cellules sont atteintes, car la glycosurie alimentaire existe, à un faible degré il est vrai. La rate n'est pas hypertrophiée Depuis quelques jours, le malade a des épistaxis répétées; le pourtour des narines est occupé par des exulcérations qui remontent le long de la cloison à plusieurs centimètres dans chacune des fosses nasales (1).

(1) Un fait tout à fait inexplicable dans l'état actuel de nos connaissances, mais

En résumé, chez un malade en puissance de lèpre, nous avons vu se compléter en quelques semaines le tableau symptomatique des polynévrites infectieuses avec leurs conséquences habituelles; amyotrophies multiples, abolition ou perversion de le sensibilité, troubles trophiques variés; certains phénomènes tels que le pseudotabes avec steppage, les griffes cubitales, la diplégie faciale coincidant avec les altérations profondes de l'œil, les doubles lésions testiculaires et les maux perforants ont contribué à constituer un ensemble clinique des plus frappants (1).

M. Zambaco. — J'ai vu ce malade, il y a 4 ou 5 ans; il avait seulement la griffe, aujourd'hui, c'est un cas de lèpre mixte typique; le bacille est facile à trouver, mais le diagnostic clinique était non moins facile à faire autrefois, et si on n'avait pas trouvé le bacille à ce moment, aurait-on rejeté ce diagnostic?

### La lèpre dans le Midi de la France en 1893.

Par M. ZAMBACO-PACHA.

Le 8 décembre dernier, j'ai eu l'honneur d'exposer devant la Société de dermatologie et de syphiligraphie, les résultats de mes recherches sur la survivance de la lèpre en Bretagne.

Depuis cette date, j'ai continué mes études dans le même sens, à Paris d'abord où j'ai rencontré, dans les services nosocomiaux, plusieurs malades lépreux reconnus ou méconnus; et profitant de mon séjour en France, j'ai voulu vérifier mes soupçons sur la présence actuelle des reliquats de la lèpre à l'Ouest et au Midi de la France.

Pendant plus de trois mois, malgré les rigueurs de l'hiver qui souvent a entravé mes pérégrinations, j'ai parcouru plaines et montagnes, villes et villages et, la plupart du temps aidé par des distingués et complaisants confrères, nous avons pu découvrir des lépreux classiques ou bien la lèpre atténuée et fruste.

qui mérite d'être signalé, c'est que, pendant tout le cours de la poussée aiguë, il nous a été impossible de déceler la présence du bacille de Hansen, non seulement dans le pus provenant des maux perforants ou des cavités nasales, mais au-si dans le sang puisé au centre de la plaque scrotale qui présentait tous les caractères objectifs d'un léprome en pleine activité. Il ne faudrait pas mettre cet échec sur le compte d'une erreur de technique, car nous avons toujours obtenu des résultats positifs, chez les autres malades du service, en employant les mêmes méthodes et les mêmes substances colorantes. Du reste, la présence du bacille de la lèpre avec sa réaction caractéristique a été constatée autrefois chez ce malade par M. Rénon, alors interne de M. Vidal.

(1) Voyez aussi Jaccoud. De l'atrophie nerveuse progressive. Clinique médic. de la Charité, 1869. — Hallopeau. Étude sur les myélites chroniques diffuses. Arch. gén. de méd., 1871-1872 (cas d'atrophie nerveuse progressive).

Je regrette de ne pouvoir vous montrer les photographies de tous les lépreux qu'il m'a été donné de rencontrer. La plupart d'entre eux se refusent absolument à la reproduction de leurs traits et même de leurs membres. Ils ne consentent pas non plus à se laisser enlever quelques fragments de leur peau, ou des nodules des nerfs cubitaux. De sorte que la bactériologie n'a pu constater le bacille. Mais les mutilations spéciales de la lèpre, ses éruptions, ses déformations sont si évidentes, si identiques à celles que la maladie détermine d'une manière constante et invariable partout où elle existe, qu'il est impossible de la méconnaître ou de discuter sur sa vraie nature. Je profiterai de cette fidélité de la lèpre dans ses déformations et dans ses processus dans tous les climats, dans tous les pays où on l'a étudiée pour déclarer, avec la plus profonde conviction, que cette affection cosmopolite a partout la même physionomie, les mêmes allures, et qu'elle imprime partout son cachet spécial, son masque caractéristique de manière à effacer les attributs ethniques de chaque nation et à décerner à toutes ses victimes le facies lépreux, toujours le même, lorsque la maladie est parvenue à un certain degré de son évolution.

C'est pour vous convaincre de cette vérité que j'ai apporté ici des photographies et des dessins de lépreux, provenant de l'Orient, du Mexique, du Tonkin, du Turkestan. Si j'avais pu je vous en aurais soumis de tout l'univers, car la lèpre sévit ou se rencontre partout. Comparez ces diverses photographies avec celles des lépreux de la Bretagne, de quelques villes de la France que j'ai pu me procurer, de ceux de la Ligurie, et dites-moi, si véritablement, tous ne se ressem-

blent pas d'une manière complète.

Aussi j'en conclurai que la lèpre qui survit en France, reliquat du fléau qui l'a ravagée jusqu'au XVI° siècle, est la vraie lèpre et point une affection léproïde, ou la lèpre nostras. Ces mots amèneraient la confusion dans les esprits et nous reporteraient bien en arrière. Les livres anciens, la première édition de l'ouvrage du D' Gibert même, médecin de l'hôpital St-Louis, mort il y a une vingtaine d'années, désignaient sous le nom de lèpre nostras ou lèpre vulgaire, le psoriasis et quelques autres affections communes de la peau. D'ailleurs M. le professeur Straus, et MM. Roux et Moriez ont constaté la présence de bacilles chez les lépreux autochtones. Cette démonstration rend donc toute discussion inopportune.

Parmi les grandes villes de la France où la lèpre a été constatée je signalerai tout d'abord Bordeaux. Outre le cas de syringomyélie que le professeur Pitres a définitivement placé, après examen attentif et constatation bacillaire, dans la lèpre, ce savant confrère m'a communiqué l'observation d'une lépreuse bordelaise dont m'avait déjà parlé notre regretté maître, M. Hardy; cette malade ne sortit jamais de la

France.

A Lyon, le professeur Teissier a bien voulu me donner cette photographie, représentant la main d'un malade chez lequel il diagnostiqua le mal de Morvan fruste qui pour nous est un cas de lèpre atténuée.

A Vichy, le Dr Poncet me signala un malade analogue au précédent. Les déformations des doigts sont dues à la résorption des phalanges, sans élimination d'os. J'ai l'honneur de vous présenter les photographies de ce malade.

A Montpellier. Le professeur Grasset a observé un lépreux autochtone qui n'avait jamais voyagé, et ayant la face léonine la plus accusée. Outre ce lépreux phymatode, il y a encore à Montpellier un lépreux atténué à variété déformante, dont voici un dessin. Enfin le professeur Grasset a eu à soigner un sclérodermique dont les syndromes ressemblaient tellement à ceux de la lèpre que dans sa leçon il montra à ses élèves les analogies de ces deux états dont il fit une seule entité morbide.

A Toulouse, le professeur Caubet me montra une malade dont les mains mutilées, par suite d'une série de dactylites, ont tout à fait l'aspect des mains lépreuses. Veuillez examiner ces photographies et constater le fait. Ces mutilations sont survenues après un état asphyxique des extrémités, qui a duré plusieurs années. Le D' Basset me fit voir aussi une femme dont voici la photographie. Les deux derniers doigts sont déformés à chaque main par suite de panaris profonds avec élimination d'os. Mais en même temps, il y a eu résorption de phalanges, sans issue de séquestre. Des ulcères très étendus des jambes et des mains et des tubercules de la face fondus ou résorbés complètent le tableau de la maladie chez cette femme qui n'a jamais voyagé.

Une autre lépreuse à forme mutilante est hospitalisée à la Grave depuis nombre d'années; ses doigts se nécrosent et tombent, sans qu'il y ait chez elle de lésions du système vasculaire ni de glucosurie. Voici sa photographie.

A Marseille, un jeune lépreux léonin, se promenant dans la rue depuis deux ans, n'a attiré l'attention que de deux distingués confrères, le D' Perrin, ancien interne de Saint-Louis, et le D' Boinet, professeur agrégé, qui a observé la lèpre au Tonkin.

A l'hôpital Sainte-Marguerite, nous avons pu découvrir, avec mon honorable confrère, le D<sup>r</sup> Boy-Tessier qui en est le médecin, un ca de lèpre mutilante avec maux perforants, datant de 20 ans, et deux lépreux atteints de la forme nerveuse. Chez l'un de ces derniers, la symptomatologie est complète, rien n'y manque : les mains sont en griffe ; les muscles des régions thénar et hypothénar sont très atrophiés ; il en est de même des orbiculaires, des paupières qui ne parviennent à recouvrir les globes oculaires, pendant le sommeil ; il y a

e

m

C

l

1

1

presque toujours des rhagades et des engelures l'hiver ; la sensibilité est dissociée; les nerfs cubitaux engorgés et à nodules. Enfin, des macules pigmentaires, lenticulaires, se voient en nombre, seulement sur les fesses dont la sensibilité est aussi très émoussée.

Voici les photographies de ces deux malades dont le dernier est Corse et le premier de Marseille. Ni l'un ni l'autre ne se sont jamais rendus dans des localités lépreuses; ils n'ont jamais été non plus en relation avec des éléphantiasiques. Ils doivent donc être considérés, ainsi que le troisième malade dont l'affection est moins avancée,

comme des cas de lèpre autochtone.

Voici encore une photographie de lèpre mutilante indigène que l'airencontrée à Bagnères-de-Bigorre, avec mes honorables confrères les Dr. Dejeanne, Lacaze et Gandy. Plusieurs doigts sont tombés à la suite de dactylites, la dissociation des divers modes de la sensibilité existe et l'analgésie est tellement complète qu'une incision pratiquée pour enlever un névrome du cubital, au coude, n'a occasionné aucune douleur.

A Argelès, dans les Hautes-Pyrénées, nous avons trouvé aussi une lépreuse dont j'ai pu obtenir la photographie. C'est la forme tuberculeuse à marche lente et ne compromettant pas l'existence, bien que son début remonte à plus de 12 ans. Le D' Trélaum a observé un autre lépreux tuberculeux, décédé depuis deux ans; et un lépreux qui perdit plusieurs doigts et orteils que nous n'avons pu visiter à cause de la neige et de la distance de son village, inaccessible autrement qu'à cheval.

A Pau même, nous avons découvert deux cas de lèpre atténuée, à l'hôpital des Petites sœurs, avec notre distingué confrère, le D' Robert. L'une de ces malades présentait la forme nerveuse avec griffe et insensibilité, et l'autre la forme à dactylites ; l'affection étant légère, deux doigts seuls ont été déformés chez cette dernière. Mais tous les ongles presque ont été atteints d'onyxis et demeurent déformés. Il n'y a eu aucune affection cutanée.

A Oloron, nous avons vu aussi à l'hôpital un infirme qui a perdu successivement plusieurs doigts; la maladie paraît s'être arrêtée

depuis uue douzaine d'années.

Le Dr Casamajor fils, m'a conduit chez un malade des environs, près d'Aramits, qui a perdu tous les poils de la joue et des membres depuis quelques années, sans éruption, sans démangeaisons, sans cause connue. On voit sur les membres thoraciques de cet individu deux bandes pigmentaires blondes siégeant sur le côté externe et larges de près de deux centimètres, pareilles à celle que M. Baretta a reproduites et qui portent le nº 1055, de la vitrine réservée aux préparations sclérodermiques du Musée de Saint-Louis.

Je ne mentionnerai pas tous les cas douteux qu'il m'a été donné de

rencontrer dans toutes ces pérégrinations.

Mais je ne puis m'empêcher de signaler ce que mes recherches m'ont montré à Salies-de-Béarn, grâce au concours de mon honorable confrère, le D' Dupourqué, médecin inspecteur.

Les lésions des ongles, appelées carcoils dans le pays, ne s'observent que chez des cagots. Elles sont héréditaires. Elles consistent, ainsi que vous pouvez le constater sur cette photographie, en un décollement de l'extrémité qui forme comme un pont sur un vide de trois ou quatre millimètres. Ces ongles, épais et bombés, n'ont pas besoin d'être coupés. Des ulcérations souvent les entourent l'hiver, on en voit même au-dessous de leur arc. Nous avons constaté, en explorant la sensibilité chez ces cagots, des placards anesthésiques. Quelques-uns d'entre eux ont eu des panaris mutilants ou des onyxis nombreux avec troubles trophiques permanents des ongles, des crevasses et des rhagades pendant l'hiver.

Mais ces lésions ne sont pas exclusives à quelques habitants de Salies. Nous en avons vu d'identiques à Escos, à Orthez et à Jurancon, près de Pau.

Ce qui est à remarquer c'est que, jusqu'à présent, ces lésions des ongles n'ont été observées que chez des cagots, et qu'elles sont héréditaires.

Je rapprocherai de ces troubles trophiques des ongles une lésion héréditaire fort curieuse que j'ai rencontrée près de Morlaas, encore chez des descendants de cagots; ces photographies, Messieurs, vous la représentent très exactement, il s'agit d'une hyperkératose des plantes des pieds dont l'épiderme forme deux semelles, l'une antérieure et l'autre sous le talon autour duquel celle-ci remonte en bourrelet. Ces excroissances acquerraient 4 et 5 centimètres de hauteur, si les individus ne les coupaient pas continuellement, afin de pouvoir se chausser et marcher.

Elles sont été précédées de pemphigus dont des poussées fréquentes viennent entourer les limites, plusieurs fois par an. Les paumes des mains sont aussi couvertes de ces excroissances dont plusieurs fort volumineuses. Elles ont paru vers le sixième mois, après la naissance. Les ongles de ces personnes ont aussi une disposition fort curieuse: tous ceux des doigts, comme ceux des orteils sont lisses et normaux à leurs deux tiers postérieurs. Mais en avant, ainsi que la photographie le montre fidèlement, ils sont bruns, sans luisant, inégaux à leur surface, et épais, souvent aussi ils sont entourés d'ulcérations qui suppurent. Enfin nous avons trouvé chez l'un de ces individus des cicatrices stellées, et chez la sœur de l'anesthésie, aux avant-bras et aux doigts. Le père présentait les mêmes lésions et en plus des ulcères aux jambes, ainsi que quelques doigts mutilés.

Tout en restant dans la réserve, je ferai remarquer que cette samille est désignée dans le village comme cagote et lépreuse. de

pa

to

de

m

vi

al

di

P

ta

n

tr

q

P

la

ju

in

e:

Je passerai sous silence les nombreux cas d'individus suspects, en égard à quelques tares lépreuses, peu manifestes que j'ai rencontrées dans mes voyages, lésions dont les caractères indécis ne m'autorisent pas à les dénommer. Mais ce qu'il importe de signaler c'est que dans tous les endroits sus-mentionnés, villes ou villages, il y a eu des léproseries et plus tard des cagoteries qui n'ont été supprimées qu'à la fin du XVII° siècle. Néanmoins jusqu'à la Révolution de 93, les cagots, descendants de lépreux, étaient tenus à l'écart et soumis aux règlements prohibitifs sévères, dans certains pays. Enfin dans quelques villages encore aujourd'hui, on évite les cagots et on s'oppose à toute alliance avec eux, toujours pour la même crainte de la lèpre héréditaire.

La Ligurie a été infestée par la lèpre dès la plus haute antiquité. Parsemée de colonies phéniciennes d'abord, et de phocéennes plus tard, elle eut des Sémites de Tyr le morbus Phenicicus et des Toniens l'éléphantiase des Grecs. Dans une inscription phénicienne trouvée à Marseille et dont j'ai lu la traduction chez M. Cazalis de Fondouce, président de la Société d'archéologie de Montpellier, il est question de la lèpre.

A une époque peu éloignée de nous, le Dr Valentin constata la lèpre, à Marseille, à Vitrolles, à Martiges et dans les pays riverains des lacs salés de Berre (1).

La lèpre a persisté dans ses ravages sur le littoral de la Ligurie jusque dans ces derniers temps; puisqu'une léproserie fondée par Charles-Albert, roi des Sardes et grand-père du roi actuel d'Italie, inaugurée par Victor-Emmanuel, abritait près de cent lépreux, jusqu'à l'annexion à la France de la côte, depuis Nice jusqu'à Vintimille exclusivement. Les lépreux pensionnaires de cet asile de San-Remo provenaient de la partie de la Ligurie cédée à la France et d'une partie de la Corniche. Actuellement il n'y a que sept lépreux à San-Remo qui ne recueille que les Italiens.

Notre enquête nous en a fait trouver presque dans toutes les villes et dans tous les villages annexés.

A Nice la lèpre est loin d'avoir disparu. Notre savant confrère et excellent ami, le Dr Vidal, que nous regrettons vivement de ne pas voir parmi nous, m'adressa à une de ses clientes, Niçoise, atteinte de lèpre tuberculeuse autochtone, type. Mes honorables confrères, les Dr Baréty, Moriez, Barralis m'ont signalé de nombreux lépreux du canton de Nice. MM. Chantemesse et Moriez en ont compté jusqu'à quinze dans un travail inédit. La lèpre se présente dans les environs de Nice, ainsi que dans la ville, sous les formes phymatode, nerveuse et mutilante. Et le Dr Albert Vidal, de Grasse, nous a transmis l'ob-

<sup>(1)</sup> Statistique du D<sup>t</sup> des Bouches-du-Rhône, Villeneuve, 1821.

servation d'une malade chez laquelle l'affection débuta et marcha comme l'asphyxie de Renaud.

Je profiterai de cette occasion pour déclarer que la lèpre, ce Morphée aux nombreux travestissements, s'annonce parfois et évolue dans sa première période, avec des troubles capillaires des extrémi-

tés qui donnent le change.

Voici la chromolithographie d'un de mes lépreux ambulants de Constantinople qui représente cette asphyxie des extrémités, en même temps que la télangiectasie de la face. Cette autre chromolithographie que je vous soumets, Messieurs, démontre que la lèpre peut aussi revêtir un aspect pellagroïde qui, d'après mes recherches, a dû occasionner parfois la confusion dans les Landes, où la lèpre survit encore. Des observateurs qui ont attentivement étudié la pellagre, affirment l'avoir vue chez des personnes qui n'avaient jamais mangé de maïs.

Je vous demande pardon, Messieurs, de cette digression; mais ces débuts insolites de la lèpre m'ont paru mériter toute votre attention.

Voici la photographie d'un lépreux tuberculeux type, de Beaulieu. Notre savant et excellent ami, le D' Dujardin-Beaumetz, propriétaire d'une charmante villa à Beaulieu, nous a répété, il y a quelques jours, qu'à l'apparition d'une insignifiante éruption cutanée, une famille de l'endroit fut très émue en songeant à la survivance de la lèpre à la montagne. Et en effet la maladie persiste à Eze, village situé au-dessus de Beaulieu, sur des rochers escarpés, et à une altitude de plus de 300 mètres. Il y a en ce moment sept lépreux à Eze même.

J'en ai vu deux à la *Turbie*, située au-dessus de Monte-Carlo. Il y en a eu de tous temps à *Roquebrune*, village qui se trouve à mi-côte

de la montagne et à une demi-heure de Menton.

Mais je m'empresse d'ajouter que, bien que la lèpre se rencontre encore partout sur le littoral ligurien et tout autant qu'à la Corniche, l'amélioration sociale, survenue depuis l'annexion, diminue progressivement le nombre de ses victimes. La misère faisant partout place au bien-être des populations, la lèpre qui trouve des conditions favorables à son développement dans la malpropreté, la mauvaise nourriture et le défaut d'hygiène en général, disparaîtra bientôt, on peut le prévoir avec toute assurance.

A Monte-Carlo, les confrères attachés au Casino où règne la lèpre rotatoire, m'ont opposé toute dénégation sur la survivance de l'éléphantiase; il n'y en aurait jamais eu, pas plus que de suicides, m'at-il été soutenu mordicus. Or, mes investigations bien patientes m'ont prouvé que cette double assertion n'est point frappée au coin de la vérité. J'y ai découvert de vrais lépreux dans les quartiers éloignés des jardins suspendus de Babylone au revers de la médaille, où continue à régner la saleté la plus sordide, et j'ai acquis la certitude que

V

de

CO

ne

l'a

bon an mal an, il y a une dizaine de suicidés qui, chose étrange, sont transportés et nuitamment enterrés sur la montagne, en terre française!

Je me résume. La lèpre existe encore disséminée par toute la France. On la rencontre dans les villes et les villages. Elle y revêt plusieurs de ses formes. Bien qu'en général atténuée et même fruste, on la trouve néanmoins très caractérisée et parfois typique, indéniable, ainsi que les photographies que j'ai eu l'honneur de vous montrer, l'établissent nettement.

C'est bien de la vraie lèpre qu'il s'agit, car, à part le tableau clinique, la bactériologie aussi est venue peser de tout son poids pour la démonstration de la nature de l'affection.

J'ajouterai en terminant que l'on rencontre assez souvent des lépreux dans les services nosocomiaux de Paris et que l'attention y est réveil-lée actuellement d'une manière suffisante pour nous faire espérer que les faits prouvant la survivance de la lèpre en France vont se multiplier de plus en plus.

Enfin, Messieurs, je vais faire passer sous vos yeux des photographies de lépreux, provenant de diverses contrées du monde, pour vous persuader que la lèpre est toujours identique sous toutes les altitudes, à toutes les altitudes, et que celle qui survit en France ne déroge pas aux types classiques de l'affection, si ce n'est dans ses formes atténuées et frustes.

Hystéro-neurasthènie secondaire. Algidités périphériques très intenses. Ébauche de maladie de Raynaud, avec alternance de syncope et d'asphyxie locale.

Par M. le professeur FOURNIER.

Je ne puis vous présenter la malade qui fait le sujet de cette observation, car, de caractère versatile comme le sont la plupart des malades decette catégorie, elle a quitté l'hôpital avant cette séance.

Voici en quelques mots les points les plus importants sur lesquels je désire attirer l'attention,

Une jeune femme de 29 ans, ayant eu autrefois des crises nerveuses, contracte la syphilis en septembre 1892, en éprouve divers accidents, puis nous arrive en mars 1893, présentant une pléiade de symptômes nerveux que, pour la facilité de l'exposition, je distribuerai en deux groupes.

D'abord, des phénomènes neurasthéniques : dépression considérable des forces (asthénie musculaire); marche difficile, qui lui donne l'air d'une paraplégique; faiblesse de la main qui serre à peine; — asthénie intellectuelle complète, inaptitude à tout travail, mémoire affaiblie; la lecture est impossible; la conversation même la fatigue; — asthénie digestive, anorexie, dyspepsie, vomissements, inertie intestinale, constipation, oligurie; — asthénie circulatoire, pouls mou; dépressible, cœur battant sans force, algidités périphériques, vertiges; enfin émotivité particulière, éréthisme général du système nerveux. D'autre part, phénomènes hystériques: rétrécissement considérable du champ visuel, dilatation pupillaire, extinction du goût et de l'odorat, rétrécissement du champ auditif, anesthésies multiples et mobiles; bref, la malade offre un tableau complet de l'hystéro-neurasthénie secondaire.

Deux phénomènes singuliers à retenir: 1° des convulsions spasmodiques du globe oculaire; le muscle droit supérieur se contracte 10 à 15 fois par minute: — 2° des algidités périphériques se traduisant tour à tour par de la syncope locale (doigt blanc) et de l'asphyxie locale (doigts bleus cyaniques), véritable ébauche de la maladie de Raynaud.

Cette malade a été améliorée en deux mois par le traitement mixte auquel nous avons ajouté l'hydrothérapie tiède et les toniques.

Voici l'observation détaillée, relatée par M. Mendel, interne du service.

La nommée H. K..., âgée de 29 ans, entre dans la salle Henri IV, le 20 mars 1893. Elle est dans un grand état de prostration et peut à peine marcher; si bien qu'avant de l'examiner nous pensons à un début de paraplégie ou au tabes. Il s'agissait d'une syphilitique secondaire dont voici l'histoire:

La mère de notre malade est morte à 21 ans « de la poitrine »; deux de ses oncles ont été fort nerveux et d'un caractère bizarre. Elle-même a toujours été nerveuse; de cinq à sept ans, elle se rappelle avoir été sujette à des crises de nerfs, caractérisées surtout par une perte de connaissance qui se prolongeait un quart d'heure environ; ces crises se reproduisaient à chaque contrariété.

Dans son enfance, elle a eu successivement la coqueluche, la rougeole et la scarlatine. Elle n'a jamais été robuste; à un certain moment, elle a même toussé et craché du sang; enfin, elle a toujours été mal réglée.

En décembre 1891, elle a éprouvé de grands chagrins d'amour qui ont surexcité son système nerveux. Son caractère s'est assombri : elle a eu des insomnies fréquentes et de violents cauchemars.

Elle commençait à guérir, voire était presque guérie, lorsqu'en septembre 1892, elle contracta la syphilis. Elle constata d'abord à la grande lèvre droite une large ulcération qui mit trois mois à se fermer. Puis à cette ulcération succédèrent quatre ou cinq syphilides érosives, qui disparurent assez rapidement. Au même moment elle eut une roséole généralisée, et perdit ses cheveux; elle se souvient aussi d'avoir eu de grands maux de tête et des douleurs dans les membres. Elle s'est soignée dès le début de la syphilis.

Depuis le commencement de mars, notre malade a constaté une diminution considérable de ses forces ; la marche est devenue pénible, et tout travail impossible. Elle se décide alors à se présenter à l'hôpital Saint-Louis ; elle y est admise, salle Henri IV, le 20 mars.

Elle présente à ce moment quelques papules cuivrées sur le ventre et les flancs, et de nombreux vestiges de roséole; — deux papules hypertrophiques vulvaires; — deux bubons inguinaux en voie de résolution; — plu-

sieurs adénopathies sous-maxillaires et occipitales.

La malade est très déprimée; elle marche avec difficulté; la station même est pénible. Elle éprouve de fréquents vertiges, une céphalalgie plutôt nocturne, exaspérée par la pression sur le sommet de la tête, des douleurs ostéocopes, etc. Elle se plaint particulièrement de douleurs faciales encerclant les yeux et ne lui laissant aucun répit. Pas de rachialgie. Les réflexes rotuliens sont normaux.

Le sommeil est impossible ou troublé par des cauchemars.

Les extrémités sont froides, et d'un froid presque cadavérique. Les doigts, de la phalangette à l'articulation métacarpienne, ont une température variant de 24° à 27°; la paume de la main donne au thermomètre 28°, le poignet 29°; en remontant, l'avant-bras donne 29°,5, le bras 32° et 33°, la poitrine 33°.

Les orteils ont une température de 28°; le pied et la jambe donnent successivement 30°, 31° et 35°.

On constate l'anesthésie habituelle des seins, et de la face dorsale des mains. De plus, le côté droit est complètement insensible à la piqûre, presque complètement au froid et à la chaleur. Il existe au niveau de l'ovaire droit un point hyperesthésique très prononcé. Pas de crises nerveuses. Pas de perte du sens musculaire.

Tous les organes des sens sont atteints; une pincée de sulfate de quinine peut être déposée sur la langue, sans que la malade en sente l'amertume. Anesthésie pharyngée; l'odorat est obnubilé également. La vue a beaucoup baissé; notre malade ne peut plus distinguer les objets de loin; quand elle fixe son regard sur un point, la vision se trouble. Rétrécissement concentrique du champ visuel. La pupille est très notablement dilatée. Aucune lésion du fond de l'œil.

On observe encore un symptôme oculaire assez particulier. Quand la malade essaie de fixer un objet les globes oculaires sont attirés périodiquement par un spasme du muscle droit supérieur. Les yeux portent en haut par une oscillation régulière qui se reproduit dix à quinze fois par minute.

On observe encore un notable rétrécissement du champ auditif.

Cette jeune femme n'a actuellement aucun appétit. Les cinq premiers jours de son séjour à l'hôpital, elle a été prise de *vomissements* presque continus, vomissements qui ont coïncidé avec une *oligurie* très prononcée. Quand elle garde ses aliments elle sent son estomac se gonfler douloureusement pour quelques heures; elle respire difficilement, et n'est soulagée que par l'émission de gaz. Grande *constipation*. La malade urine très peu, moins d'un demi-verre par jour, dit-elle. Elle boit cependant beaucoup, car elle a toujours soif.

Le foie est normal, ainsi que la rate.

On note l'existence d'un souffle anémique à la base du cœur.

Depuis un mois, la malade tousse beaucoup moins, mais elle a encore craché du sang, notamment depuis quinze jours. L'auscultation révèle au sommet droit quelques rares craquements, de la rudesse respiratoire et de l'augmentation des vibrations thoraciques. Enfin, notre malade est apyrétique.

La malade est soumise immédiatement à un traitement spécifique énergique, consistant en trois grammes d'iodure de potassium par jour, et en injections de sozoiodolate de mercure, à raison de 0,04 puis de 0,08 centigr. par semaine. De plus, traitement hydrothérapique.

Dès le 31 mars, la malade se sent plus forte; elle dort un peu ; la soif est toujours très vive.

7 avril, après avoir reçu une douche tiède, elle s'aperçoit que tout son côté droit est devenu blanchâtre et comme « mort », suivant son expression. Elle se couche et se réchausse; en cinq minutes, tout ce côté revient à l'état normal.

Le 13. La malade a ressenti de violentes douleurs précordiales, qui n'ont pas reparu depuis lors. Les extrémités sont toujours très froides.

Le 14. A trois reprises successives après la douche, la main droite a été prise de syncope, puis d'asphyxie locale. Au moment de la syncope, les doigts deviennent blanchâtres; puis, quelques minutes après, ils prennent une teinte livide, bleue, cyanique.

Le matin, à la visite, les extrémités des 2°, 3° et 4° doigts sont littéralement bleues; cette cyanose avait été précédée de syncope locale. Les doigts atteints sont le siège de fourmillements pénibles. Retour rapide à l'état normal; à ce moment les mains se couvrent de sueurs.

De même, les extrémités des orteils sont livides.

La distribution de l'anesthésie n'est plus la même: elle évolue d'une façon remarquable comme dans les cas où elle oscille avant de s'établir définitivement.

Elle occupe maintenant au même degré les deux cuisses et les deux jambes. La sensibilité reparaît à l'abdomen; elle reste affaiblie cependant à droite et à la face. L'anesthésie des seins et des faces dorsales des mains reste immuable.

Le 15. L'hémianesthésie droite reparaît. La sensibilité est émoussée à gauche. Le spasme du muscle droit supérieur de l'œil a presque disparu, ainsi que la mydriase. Même état algide des extrémités.

Le 17. La syncope et l'asphyxie locales des extrémités ont reparu à différentes reprises.

8 mai. La malade a presque entièrement recouvré ses forces. L'hémianesthésie droite n'existe plus. On note seulement un grand retard de la sensibilité aux deux membres inférieurs, où la sensation de piqûre n'est perçue qu'au bout de 5 à 6 secondes. Sensibilité normale au niveau de l'abdomen et des seins. Anesthésie complète des deux membres supérieurs.

La malade a retrouvé son appétit ; elle dort ; elle se plaint encore d'une grande constipation.

Se trouvant mieux et à peu près guérie, dit-elle, elle demande son exeat, et, malgré nous, quitte le service.

ŀ

# Ulcère de la bouche d'origine tabétique (Mal perforant buccal).

Par M. HUDELO.

Parmi les troubles trophiques que détermine le tabes, la chute des dents et l'exfoliation du rebord alvéolaire du maxillaire ont été quelquefois observées; mais on n'a guère signalé d'ulcération nécrotique aussi particulière que celle présentée par le malade que j'ai l'honneur de montrer à la Société.

Ce malade, âgé de 46 ans, journalier, est entré il y a 3 semaines dans le service de notre cher maître, M. le professeur Fournier, pour des lésions buccales dont le début remonte environ au mois de juin 1892; à ce moment, il commença à souffrir des dents, il éprouvait particulièrement la sensation d'un corps étranger qui se serait introduit entre les dents prémolaires de la mâchoire inférieure à gauche : dans les tentatives qu'il faisait à chaque instant pour se débarrasser de ce corps étranger imaginaire, il constata bientôt que les dents de cette région s'ébranlaient, se déchaussaient, sans douleur bien marquée, et il les cueillit en quelque sorte sans difficulté; cette chute des dents se propagea bientôt aux deux côtés du maxillaire inférieur, au maxillaire supérieur, et le malade s'enleva ainsi en quelques semaines quatorze dents aux deux mâchoires.

Au commencement de septembre 1892, il se développa sur la branche horizontale du maxillaire inférieur à gauche une tuméfaction, qui augmenta d'une manière aiguë, assez douloureuse, avec un état fébrile modéré; au bout d'une douzaine de jours, la tumeur était fluctuante, et s'ouvrait à la peau à 2 travers de doigt en dedans du menton par un orifice fistuleux, donnant issue à une assez grande quantité de pus. Le malade entra alors (fin septembre) à l'hôpital St-Antoine, dans le service de M. Monod; on pensa alors à un ostéo-sarcome, à une ostéo-périostite du maxillaire : en sondant la plaie extérieure, on constata une nécrose sous-jacente de l'os, et l'on retira 3 ou 4 séquestres, après l'ablation desquels on put refermer la plaie qui guérit au bout d'un mois; en même temps, on arracha du maxillaire inférieur gauche quelques dents qui tenaient mal, on les gratta, et on les réimplanta avec succès, mais elles devaient bientôt tomber seules.

On constata à ce moment sur la partie droite du maxillaire supérieur un ulcère dont le malade ne soupçonnait pas lui-même l'existence.

En janvier 1893, le malade fait un séjour de six jours dans un service de chirurgie, où, en raison de ses antécédents syphilitiques, on lui fait suivre un traitement ioduré.

Lorsqu'il entra dans notre service, nous constatâmes les lésions suivantes: Chute de toutes les dents, à l'exception des deux dernières molaires inférieures droites, et des trois dernières molaires inférieures gauches.

Si l'on suit avec le doigt le bord alvéolaire du maxillaire inférieur recouvert par la muqueuse gingivale, on sent ce bord irrégulier, déchiqueté, sans traces bien nettes des cavités alvéolaires : l'os est abrasé à ce niveau; sur la face antérieure de la branche horizontale à gauche, on sent une saillie volumineuse, dure, indolente de l'os. Au niveau du bord alvéolaire, à droite, on constate une ulcération persistante, longue de 5 centim., large de 8 à 10 millim., limitée en arrière par la molaire non tombée encore, latéralement par des replis de la muqueuse gingivo-buccale décollée des faces de l'os, et en avant par un bourrelet de muqueuse adhérent au maxillaire; cette ulcération, à peu près rectangulaire, présente un fond bourgeonnant, fongueux, d'un gris jaunâtre, donnant issue continuellement à une certaine quantité de matière hémato-puriforme un peu fétide; depuis son entrée à l'hôpital, le malade a éliminé par le fond de cette ulcération 3 séquestres; avec le doigt, on sent sous la surface fongueuse l'os nécrosé, et l'exploration au stylet fait sentir parfaitement des surfaces osseuses mortifiées. Il s'agit donc d'une ulcération non seulement de la muqueuse, mais du maxillaire, ayant déterminé, après la chute des dents, la nécrose, l'exfoliation du bord alvéolaire.

C'est sur le maxillaire supérieur droit que l'on constate une autre ulcération toute particulière : ici l'ulcération intéresse en surface le bord alvéolaire sur une longueur de 5 centim. environ d'arrière en avant, mais transversalement elle déborde en dedans du bord alvéolaire sur la surface palatine de l'os sur une étendue de 2 à 3 centim. : elle présente ainsi un contour à peu près elliptique ; elle intéresse la muqueuse sans entamer l'os sous-jacent ; elle présente un fond bourgeonnant, fongueux, grisâtre, peu déprimé, donnant issue à une sécrétion puriforme, fétide ; on sent par le doigt, comme par le stylet, que le fond de l'ulcération recouvre des surfaces osseuses un peu irrégulières. Le malade n'a jamais rendu de fragments d'os par cet ulcère.

Cette ulcération est absolument indolente, et est le siège d'une anesthésie absolue à la piqûre : on peut, comme dans le cas de maux perforants, pénétrer jusqu'à l'os sans que le malade éprouve aucune sensation douloureuse.

Telles étaient les lésions pour lesquelles le malade se présentait à l'hôpital. Quel diagnostic pouvions-nous faire?

Il ne pouvait évidemment plus être question d'ostéo-périostite, d'ostéo sarcome en raison de la marche même de la maladie.

On pouvait penser à la nécrose phosphorée, mais, en dehors même des signes spéciaux à cette maladie que nous ne constations pas, rien dans les antécédents du malade ne nous indiquait une intoxication de cet ordre.

Plus importante à discuter était l'idée d'ulcérations syphilitiques tertiaires, car le malade a eu la syphilis à l'âge de 18 ans ; mais l'évolution froide, indolente des lésions, le peu d'entamure des bords des ulcérations, l'absence de lésions vers la luette, le voile nous ont fait rejeter cette opinion.

Nous avions l'impression d'avoir sous les yeux des lésions trophiques, et notre attention avait été dirigée vers la recherche du tabes, d'autant que le malade était syphilitique : or, l'examen nous a montré qu'il était un tabétique des mieux caractérisés, dont l'affection a débuté il y a 5 ans environ par un affaiblissement marqué de la vue,

puis des douleurs fulgurantes dans les jambes, des douleurs constrictives en ceinture; depuis un an, un peu d'incertitude de la marche; aujourd'hui on constate, avec les douleurs dans les membres, l'abolition des réflexes rotuliens, le signe d'Argyll Robertson, une anesthésie généralisée en placards prédominante à la face, le signe de Romberg très net, du giving way of the legs, de l'incontinence d'urine passagère, de l'impuissance génitale.

Ce tabes est surtout un tabes supérieur, car il s'accompagne de troubles cérébraux marqués : perte de la mémoire, céphalée, modifications du caractère, un peu d'hésitation de la parole, quelques

vertiges.

Nous pouvons donc diagnostiquer chez notre malade: lésions trophiques de la bouche d'origine tabétique, reconnaissant vraisemblablement pour cause des troubles de l'innervation trophique de la 5° paire; notons qu'en effet le malade présente un masque facial complètement anesthésique et qu'il éprouve à ce niveau une sensation de raideur de la peau toute spéciale; ajoutons que l'anesthésie au contact, à la piqûre, à la température, de toute la muqueuse buccale est presque absolue, alors que la sensibilité gustative, comme les autres sensibilités sensorielles d'ailleurs est bien conservée. Quant à l'ulcère palatin, c'est un véritable mal perforant buccal. Nous n'avons pas constaté actuellement d'autres troubles trophiques chez notre malade: ni maux perforants, ni chute des ongles, ni arthropathies.

Soumis au traitement ioduré, à l'hydrothérapie sulfureuse depuis son entrée dans le service, le malade est un peu amélioré, et particulièrement ses ulcères se sont détergés; il semble même qu'il y ait pour l'ulcère supérieur un commencement de cicatrisation.

M. Fournier. — Le temps ne m'a pas permis de faire des recherches bibliographiques pour savoir s'il existe dans la littérature des cas analogues, mais je puis dire que pour moi c'est la première fois que je vois chose semblable; la chute des dents se rencontre assez fréquemment dans le tabes, mais ici il s'agit d'une ulcération comparable au mal perforant, d'un véritable mal perforant buccal.

# Gangrène symétrique des extrémités chez une petite fille de quinze mois (seconde présentation).

Par H. MENDEL, interne des hôpitaux. (Service de M. le professeur FOURNIER.)

Il y a un mois, j'ai eu l'honneur de présenter à la Société l'observation d'une petite fille de quinze mois, atteinte de gangrène symétrique des extrémités. Elle subissait, lors de son entrée dans le service de M. le professeur Fournier, sa seconde atteinte, qui fut assez bénigne. Nous pensames à ce moment que, vu la marche ordinaire de la maladie de Raynaud, l'affection avait bien des chances de récidiver. L'événement nous a donné raison et c'est l'observation d'une troisième atteinte que nous venons aujourd'hui soumettre à la Société.

Notre petite malade était sortie de l'hôpital le 1er avril, presque entièrement guérie. Le 13, dans l'après-midi, ses deux pieds prirent une couleur bleuâtre. Le lendemain, quand l'enfant fut amenée à l'hôpital, les deux pieds étaient encore cyanotiques et un érythème livide couvrait la face dorsale du pied droit.

Le 14, la tache érythémateuse devenait plus foncée, et on pouvait constater sur la face dorsale du pied gauche un érythème analogue.

Dans la nuit du 14 au 15, l'enfant jeta de grands cris et la mère aperçut sur le dos de chaque pied une tache entièrement noire : elle arriva à l'hôpital où elle resta avec son enfant.

Sur le dos du pied droit on constate une tache noire de 6 centim. de longueur sur 3 centim. de largeur; à gauche existe une tache analogue, mais un peu plus petite. Les pieds de l'enfant ont été photographiés par M. Méheux.

Cette fois, l'état général fut un peu atteint, car le 16 et le 17 avril, l'enfant eut une température vespérale de 38°. Le cœur et les vaisseaux sont aussi indemnes qu'au moment de la deuxième atteinte.

Les jours suivants, les taches noires se limitent : les zones les plus périphériques tendent à prendre une teinte claire. Elles perdent même bientôt leur couleur noire pour prendre une teinte ecchymotique. La coloration n'est plus uniforme : par places elle est lie-de-vin, en d'autres endroits, elle est rose foncé.

Dès le 21 avril, l'enfant n'a plus de fièvre, les contours des taches se soulèvent : le fond garde les mêmes teintes ; on y constate la formation de vésicules noires, variant de la grosseur d'un grain de millet à celle d'une lentille

La mère demande alors à quitter l'hôpital.

Nous n'avons revu notre petite malade que le 1° mai. Les taches des faces dorsales des pieds ont changé d'aspect. L'épithélium jaunâtre, sphacélique est soulevé par plans; en d'autres points il a disparu, déterminant de petites ulcérations rosées. Les taches sont entourées d'une zone inflammatoire.

De plus, on aperçoit sur le gros orteil gauche trois petites taches noires, dont la plus grande — large comme une pièce de 20 centimes — se trouve sur le bord interne de l'orteil. Une autre petite tache noire est apparue sur le sommet du quatrième orteil gauche.

Depuis le 27 avril, l'enfant est atteinte d'otite moyenne suppurée gauche. Dès le soir du 1° mai, l'enfant subit une autre atteinte de sa maladie. La face dorsale de la main gauche était le siège d'une tuméfaction considérable, suivant le dire de la mère. A l'hôpital, nous ne notions qu'un érythème rouge violacé du dos de la main.

Les ulcérations des pieds s'accroissent, en raison de la chute de l'épithélium mortifié : elles sont pansées avec de la vaseline boriquée. A partir de ce moment, nous n'avons plus revu notre petite malade, circonstance qui nous empêche de la présenter à la Société.

## Syphilose disséminée de l'axe cérébro-spinal.

Par H. MENDEL, interne des hôpitaux. (Service de M. le professeur FOURNIER.)

J'ai l'honneur de présenter à la Société une jeune femme de vingtdeux ans, affectée de troubles nerveux d'origine vraisemblablement syphilitique.

La mère de notre malade est d'un caractère nerveux et irritable; ellemême a été atteinte d'hystérie depuis l'âge de treize ans. Elle a été soignée pour cette affection par M. Dumontpallier. Elle avait deux à trois crises violentes par semaine, et elle se rappelle avoir été hémianesthésique de tout le côté gauche. Le mariage améliora beaucoup la névrose; les crises devinrent beaucoup plus rares; mais au bout d'un mois de vie conjugale, à l'âge de 19 ans, notre malade prit la syphilis. Cette affection fut caractérisée par un chancre périnéal, une roséole, de l'alopécie, des yphilides vulvaires et de la céphalée. Nous devons ajouter, — et nous insisterons sur ce fait — que la malade vint, dès les premiers symptômes de vérole, à la consultation de l'hôpital Saint-Louis et qu'elle se traita régulièrement.

La syphilis date d'avril 1889. A la fin de 1890, apparition de syphilides tuberculo-croûteuses sur les bras et d'une gomme de la partie antérieure

du genou.

Le début de la maladie actuelle remonte au mois de janvier 1893. Après avoir éprouvé une céphalée persistante, la malade s'aperçut subitement qu'elle voyait double, et elle arriva à l'hôpital où nous notâmes une paralysie du moteur oculaire externe gauche des plus nettes. Pas de diminution du champ visuel; pas d'altération des réflexes pupillaires.

Les réflexes rotuliens étaient notablement exagérés, mais on n'observait aucun trouble de la coordination. La malade se plaignait de douleurs dans les genoux, où elle éprouvait comme des coups de couteau. La sensibilité était émoussée dans tout le côté gauche, signe que nous croyons pouvoir

rapporter à l'hystérie antérieure.

La mémoire des faits récents était abolie, tandis que les faits anciens se retraçaient nettement à son esprit. Notre malade se plaignait encore de

vertiges et de bourdonnements.

Enfin, — symptôme assez particulier, — nous notions une polyurie considérable atteignant le chiffre de 16 à 18 litres dans les vingt-quatre heures, polyurie accompagnée d'une polydipsie équivalente. A ce moment, l'urine contenait un peu de sucre.

Cette jeune femme fut mise aussitôt à un traitement assez énergique, consistant en 3 gr. d'iodure de potassium et 2 pilules de Dupuytren par

jour.

La malade quitta alors l'hôpital et nous revint au commencement de mai. Son état s'est modifié de la façon suivante :

La paralysie de la 6° paire gauche est guérie, mais il y a encore de la diplopie; de plus, la paralysie commence à atteindre la 3° paire du même côté, car nous notons de la mydriase et du ptosis. Les réflexes pupillaires sont restés normaux.

Les réflexes patellaires sont encore exagérés, et l'on observe en plus de la trépidation épileptoïde. La malade éprouve des douleurs diffuses dans la région lombaire, l'abdomen, le crâne; elle ressent encore dans les membres inférieurs des sensations douloureuses qui se rapprochent du type fulgurant.

La marche est fort peu troublée: notre malade marche, s'arrête, se retourne au commandement, sans aucune incertitude; l'occlusion des yeux modifie à peine la station debout, et même sur un pied. La descente d'un escalier est seulement un peu indécise.

La polyurie et la polydipsie ont diminué; les urines n'atteignent plus que 6 à 8 litres en vingt-quatre heures. Ces urines ne contiennent ni sucre ni albumine.

Ensin, symptôme important pour le diagnostic, notre malade présente des tremblements à l'occasion des mouvements volontaires. Lorsqu'elle porte un objet un peu lourd, elle sent ses bras trembler. Les oscillations de ce tremblement sont visibles et fort appréciables, lorsqu'on applique les mains sur les membres supérieurs.

L'état général de notre malade est médiocre. Elle a perdu l'appétit et vomit fréquemment; elle maigrit et se plaint d'une continuelle sensation de froid.

De l'examen de ces différents symptômes, nous croyons pouvoir déduire le diagnostic de sclérose en plaques, ou plutôt, pour ne rien préjuger, de méningo-myélite à foyers disséminés. La polyurie, l'exagération des réflexes, les tremblements, l'incertitude de la marche, notamment en descendant un escalier, sont tous des signes attestant que le système nerveux est atteint en des points divers.

Ici se pose la question de savoir si la syphilis doit être rendue responsable de l'affection actuelle. Une réponse ferme ne nous paraît pas pouvoir être faite.

Nous pensons seulement que cette myélite peut fort bien dériver de la syphilis, et que même, certaines présomptions sont en faveur de cette hypothèse : ce sont la malignité d'emblée de la syphilis chez notre malade et l'hystérie antérieure, qui a vraisemblablement appelé la vérole sur le système nerveux.

Ici, en effet, la syphilis s'est montrée grave dès le début, et, disons-le bien, sans aucun facteur de gravité appréciable. Le traitement méthodique institué de bonne heure a été presque sans résultat.

Au bout de dix-huit mois, la malade présentait déjà des syphilides tuberculo-croûteuses et une gomme du genou. En moins de quatre ans, l'affection actuelle s'est constituée, et si la syphilis a frappé le 11

le

m

re

SE

m

A

q

n

Pily

u

te

système nerveux, c'est probablement que par hérédité et surtout par l'hystérie antérieure, ce système constituait, comme nous l'avons dit, le point faible de l'économie.

Ajoutons que le pronostic de ce cas nous paraît assez sévère, car la marche des symptômes a été fort rapide. Le début de la maladie remonte au mois de janvier dernier, et actuellement les symptômes

semblent s'aggraver et se précipiter.

Plusieurs cas analogues à celui que nous avons l'honneur de présenter aujourd'hui, ont été déjà signalés. Nous rappellerons notamment celui que MM. Charcot et Gombault ont publié en 1873 dans les Archives de physiologie; ce cas fut suivi d'une constatation anatomique. La malade dont il s'agit avait été atteinte de troubles du système nerveux, à l'âge de 40 ans, 22 ans après l'apparition du chancre. Elle avait présenté une paralysie du membre inférieur gauche, avec hyperesthésie de ce côté, et anesthésie du membre inférieur droit, une paralysie de la 6º paire, une paralysie de la 3º paire et enfin une paralysie faciale. En outre, on avait pu noter un certain degré de névralgie du trijumeau et une névrite optique double. La malade avait présenté un état fébrile continu et des vomissements.

Les lésions trouvées à l'autopsie étaient disséminées sur tout l'axe cérébro-spinal. Elles consistaient en altérations destructives du système nerveux, distinctes de celles de la sclérose en plaques. Ce diagnostic avait été repoussé par MM. Charcot et Gombault en raison de la physionomie clinique de la maladie; les résultats de l'autopsie l'éloignèrent également.

M. A. FOURNIER. — Cette observation me paraît intéressante par deux points : d'une part parce que l'on ne peut pas systématiser les altérations médullaires : les uns ont dit tabes, d'autres sclérose en plaque ; il faut s'en tenir au diagnostic de syphilose disséminée du névraxe. D'autre part, par la précocité et l'intensité des phénomènes observés, il s'agit dans ces cas de syphilis nerveuse maligne précoce qu'on peut mettre en parallèle avec les syphilis malignes précoces du tégument.

## Épithéliome bénin syphiloïde de la verge.

(ÉPITHÉLIOME PAPILLAIRE)

Par M. le professeur A. FOURNIER et J. DARIER.

Le malade que nous vous présentons est venu réclamer nos soins pour une lésion du prépuce et du gland d'aspect assez insolite. A vrai dire, c'est même une de ces lésions qu'on ne saurait, à première vue, classer dans un groupe nosologique déterminé et pour le diagnostic desquelles le microscope est très utile. Un examen attentif nous avait cependant permis, de par les caractères cliniques et en procédant par élimination, de formuler une hypothèse plausible dont l'examen biopsique a fourni la confirmation.

Le nommé J. Ro..., âgé de 65 ans, employé de commerce, est entré à

l'hôpital, salle Saint-Louis, nº 1, le 25 avril 1893.

La lésion qu'il présente consiste en une plaque rouge arrondie, qui occupe, sur la région dorsale de la verge, la face interne du prépuce, la rainure glando-préputiale et la couronne du gland dans l'étendue d'une pièce de 10 centimes.

Elle n'est pas exactement médiane et empiète sur le côté droit un peu plus que sur le côté gauche. Elle est très nettement limitée; les bords sont légèrement onduleux; sur le gland la lésion s'avance par un promon-

toire qui ales dimensions d'une demi-lentille.

Cette plaque est à peine saillante; sa surface dépasse tout au plus le niveau des tissus sains d'un à deux millimètres au niveau du gland, de moins d'un millimètre au niveau du prépuce. Sa surface est d'un rouge uniforme, d'une teinte tantôt carminée, tantôt écarlate; elle a, surtout quand on l'examine à la loupe, un aspect velouté très particulier; elle est humide, brillante comme la surface d'une muqueuse. Il n'y a donc ni ulcération, ni excroissance ou végétation bien marquée. Dans la rainure glando-préputiale se voient deux ou trois plis verticaux, indices d'une tendance à l'accolement des surfaces qui sont en contact lorsque le prépuce est ramené en avant.

Quand on saisit entre les doigts cette plaque rouge, on constate à son niveau un peu d'épaississement du tégument, mais pas d'induration véritable, ni d'empâtement. La mobilité normale du prépuce est d'ailleurs conservée et le malade peut « recouvrir » sans grande difficulté et avec peu de douleur. Il n'y a actuellement, et il n'y a jamais eu ni douleur spontanée, ni picotements, ni élancements. Notons encore l'absence de tout retentisse-

ment ganglionnaire.

Cette lésion a apparu il y a maintenant 4 ans, peu de jours après que notre malade a eu rapport avec une femme qu'il déclare très suspecte. Il a remarqué d'abord une rougeur sur la partie supérieure du repli préputial, rougeur qui s'est étendue peu à peu et progressivement jusque sur le gland. Jamais elle n'a été ulcérée, ni suintante, ni croûteuse. Au dire du malade la rougeur aurait été à de certains moments plus étendue, notamment du côté du gland; il s'agit probablement d'un érythème de voisinage surajouté. D'ailleurs cet homme, peu soigneux de sa personne, et dont la vue est fort mauvaise, ne s'est pas très bien observé. Il est toutefois certain que jamais il n'y a eu, malgré les nombreux traitements mis en œuvre, de guérison passagère.

En même temps qu'apparaissait cette plaque rouge, survenait un écoulement blennorrhagique. Notre malade a contracté sa première chaudepisse à l'âge de 18 ans, et, quoiqu'il ait été marié pendant 16 ans, il n'en a jamais été complètement guéri, dit-il; de temps en temps il voyait reparaître un écoulement qui durait un temps variable. Il a eu un bubon suppuré à l'â

m

lis

ch

ď

de

CO

ch

ni

m

es

de

q

S

ľ

n

n

d

d

n

t

le

ľ

n

t

b

l'âge de 27 ans, une orchite blennorrhagique à droite, et ultérieurement une hydrocèle double qui a été opérée. En revanche, il n'a pas eu la syphilis; il nie tout antécédent de ce genre, et on ne trouve chez lui aucun stigmate d'un accident syphilitique quelconque. Il n'a jamais contracté de chancres simples.

Dans ses antécédents héréditaires nous ne voyons rien qui mérite d'être relevé; ses parents sont morts à l'âge de 67 et de 97 ans. Lui-même a en 3 enfants qui sont morts entre l'âge de 6 et de 14 ans. Il n'a jamais fait

de maladie sérieuse.

Depuis quelque temps il se plaint de douleurs vagues à la région précordiale, et d'essoufflement. Il tousse et crache surtout en hiver; quelquefois il aurait craché un peu de sang. Il urine très souvent, 8 ou 10 fois chaque nuit; ses urines sont abondantes, claires et ne renferment ni sucre ni albumine, ni matières biliaires. Il y a un peu d'œdème des pieds et des malléoles. On trouve l'explication de ces troubles dans l'examen du système artériel et du cœur. Les artères sont dures et flexueuses, le pouls est très inégal et irrégulier, le cœur hypertrophié est absolument arythmique, quoiqu'on ne constate pas de souffle. Il y a évidemment chez lui de l'athérome généralisé et probablement de la sclérose du myocarde. Pas de lésions pulmonaires.

Mais l'état général de ce malade n'a guère de rapport avec la lésion

qu'il présente au niveau de la verge.

Quelle opinion pourrait-on se faire de la nature de cette lésion en se basant sur ses caractères cliniques. De par son ancienneté seule on pouvait éliminer le diagnostic de chancre syphilitique érosif dont l'affection présente assez bien l'aspect à première vue. Nous avons songé un instant à une diabétide, malgré la limitation nette de plaque,

mais le malade n'est pas glycosurique.

Les syphilides tertiaires ne se présentent pas sous l'aspect d'une nappe rouge aussi uniforme; elles sont ulcéreuses ou scléreuses et ces deux caractères font ici défaut ; d'ailleurs il n'y a aucun antécédent syphilitique. On pouvait penser à un lupus, malgré l'absence des nodules caractéristiques, l'absence d'ulcérations et de croûtes; mais il était plus vraisemblable qu'on se trouvait en présence d'une tumeur et probablement d'une tumeur épithéliale. L'ancienneté de la lésion, son indolence presque absolue, son caractère purement érosif, l'absence de tout engorgement ganglionnaire étaient les signes les plus apparents; ils cadraient mal avec ceux qu'on assigne d'ordinaire au cancroïde, mais on sait que l'épithéliome affecte des modalités très variées dont quelques-unes ont justement cette chronicité et cette bénignité que nous constations ici et opposent une résistance absolue à tout traitement. Nous avons donc posé le diagnostic d'épithéliome bénin, mais nous avons eu recours à la biopsie, qui s'imposait ici pour confirmer ou infirmer cette opinion.

Examen biopsique. - Le fragment qui a été excisé provient du bord

de la plaque du côté du prépuce : il comprend une portion de peau saine qui, sur les coupes, sert de point de comparaison avec la lésion (fixation et durcissement à l'alcool, coloration des coupes par divers réactifs).

La lésion essentielle consiste en une hypertrophie considérable des bourgeons interpapillaires qui forment de grosses masses globuleuses, et nullement ramifiées; les papilles sont corrélativement allongées dans des proportions énormes. L'épaisseur de l'épiderme, mesurée depuis la surface, qui est lisse et à peine onduleuse, jusqu'à la partie profonde des bourgeons, est au moins 3 fois celle de l'épiderme normal. L'allongement des papilles est relativement encore plus marqué; elles sont larges, cylindriques et leur sommet arrive jusque tout près de la surface externe de l'épiderme; or, dans la région saine, les papilles consistent seulement en élevures coniques dont la hauteur est huit ou dix fois moindre.

L'épiderme hypertrophié est en outre altéré dans sa structure; au niveau des bourgeons il se compose de cellules qui n'ont pas entièrement perdu le type malpighien, mais qui sont plus petites que normalement, sont disposées sans ordre et ont des filaments d'union très peu apparents. Ces cellules ressemblent à celles du corps muqueux chez le fœtus. Un certain nombre d'entre elles présentent un noyau vacuolisé, indice d'un état

irritatif.

Autre lésion importante, la couche granuleuse qui, dans le voisinage, se compose de deux ou trois rangées de cellules munies d'éléidine, a disparu. Près de la surface les cellules s'aplatissent mais conservent leur noyau, comme sur les muqueuses dermo-papillaires. La kératinisation normale n'a donc plus lieu au niveau de la lésion. Le sommet des papilles n'est séparé de la surface externe que par deux ou trois rangées de cellules. Cette circonstance, ainsi que l'absence d'éléidine, explique la coloration rouge et l'aspect velouté de la lésion; les papilles et les vaisseaux sanguins transparaissent en effet à travers un épiderme ainsi modifié.

Le tissu conjonctif des papilles et les couches superficielles du derme renferment des vaisseaux qui semblent dilatés; il y a, de plus, une assez grande quantité de cellules rondes autour des vaisseaux et disséminées dans le corps papillaire. Il n'y a ni glandes ni follicules pileux dans cette

région des téguments.

En résumé, on a affaire à une hyperplasie de l'épiderme, à un véritable néoplasme épithélial, lequel repose, circonstance accessoire, sur une base inflammatoire. Cette tumeur est ou un épithéliome, ou un papillome. La seconde de ces appellations, dont la valeur histologique est d'ailleurs discutable, sert à désigner des tumeurs généralement saillantes, dans lesquelles l'épiderme néoformé a les caractères de l'état normal. Il y en a deux variétés sur le tégument externe; le papillome corné (type: verrue) dans lequel le tissu épithélial évolue dans le sens de la kératinisation complète; le papillome muqueux (type: végétations ou condylomes acuminés) où l'épithélium présente les caractères de celui de la muqueuse buccale par exemple et se compose de cellules malpighiennes adultes.

16

C

d

h

ď

e:

Ca

li

tu

di

g

n

fi

ne

tu

ra

m

CO

po

ve

Notre tumeur ne peut être rattachée à aucun de ces deux types; ici le tissu épithélial ne se kératinise pas et les éléments ont l'aspect de ceux de l'épiderme du fœtus; en outre les bourgeons, résultant de la néoformation, plongent dans le derme, tandis que les papilles ne sont revêtues que de couches épithéliales très peu nombreuses. On est donc conduit à classer ce néoplasme parmi les épithéliomes, mais en lui assignant un rang très voisin de celui des papillomes. Le terme d'épithéliome papillaire que nous avons employé, doit, à notre sens, exprimer cette idée d'une néoformation de nature épithéliomateuse mais cantonnée à la région des bourgeons interpapillaires et sans caractère envahissant. Nous pensons d'ailleurs qu'entre les épithéliomes de cette variété et les épithéliomes pavimenteux lobulés et tubulés ordinaires, on observe toutes les formes de passage. Mais, dans son état actuel; cette tumeur a des caractères évidents de bénignité; depuis 4 ans qu'elle existe elle n'est pas ulcérée, et n'a pas creusé en profondeur; elle est restée à l'état de plaque superficielle.

Pour le traitement on doit tenir compte des renseignements fournis par l'histologie et par l'expérience antérieure. Aucune application de médicaments inoffensifs, calmants ou antiseptiques, n'arrive à modifier ces lésions en quoi que ce soit. Le mieux serait sans doute de les extirper au bistouri ou de les détruire par le fer rouge ou les caustiques.

On peut aussi, et c'est ce que nous tenterons si l'état général de notre sujet le permet, profiter de la bénignité relative de cette forme d'épithéliome pour intervenir par le raclage ou la cautérisation ponctuée, en surveillant et en détruisant à mesure les points où se produirait une repullulation du néoplasme.

M. Balzer. — Ce malade était dans mon service il y a deux mois ; à ce moment la lésion était beaucoup moins accentuée et ressemblait à une végétation sessile; mais les commémoratifs, la durée depuis quatre années me firent penser à l'épithélioma et je me proposai de faire le raclage; mais ce malade quitta l'hôpital avant le jour fixé pour l'opération; je trouve la lésion beaucoup plus développée.

M. Fournier. — Cette lésion est ordinairement mal connue; je la rencontre assez souvent sur les malades de la ville parce quelle est prise pour une lésion syphilitique; elle a en effet un aspect syphiloïde remarquable : elle se caractérise par sa couleur rouge sombre, sa surface veloutée, elle manque de corps, à peine y a-t-il une petite base parcheminée, elle évolue longtemps sans le moindre engorgement ganglionnaire; je l'appellerai volontiers épithélioma syphiloïde de la verge.

M. Balzer. — J'avais été frappé par les alternatives de mieux qui se produisaient, et qui me firent retarder l'opération; mais cette fois la lésion a tellement augmenté que je crois que l'intervention ne peut guère être retardée.

M. E. Besnier. — Il y aurait avantage à employer ici le naphtol camphré, il momifie les tissus et réduit souvent de facon notable les parties à livrer au chirurgien; le naphtol camphré étant irritant, il faudrait protéger avec soin les parties du voisinage; mais je crois qu'il est indiqué d'y avoir recours; surtout en présence du peu d'enthousiasme du malade pour l'intervention du chirurgien.

### Sur le traitement de la pelade par l'essence de Wintergreen.

Par H, HALLOPEAU.

Dans une communication faite le 22 mars à la Société de thérapeutique, nous avons cru pouvoir conclure d'une observation que, conformément aux prévisions formulées par M. Duclaux, l'essence de Wintergreen peut être employée avec avantage dans le traitement de la pelade. Si nous revenons aujourd'hui sur ce sujet, c'est qu'une objection sérieuse nous a été opposée.

Nous nous sommes appuyé, pour admettre l'efficacité de ce traitement, sur les résultats comparatifs donnés par son usage et celui de la teinture de cannelle employés parallèlement sur les deux moitiés d'un cuir chevelu où siégeaient de nombreuses plaques peladiques: les plaques traitées par l'essence de Wintergreen avaient guéri alors que les plaques soumises à l'action de la teinture de cannelle n'étaient qu'en voie de très lente amélioration ; le fait paraissait donc démonstratif.

Il ne l'était pas cependant complètement: il est possible en effet que spontanément, en dehors de toute intervention thérapeutique, les deux moitiés d'un cuir chevelu réagissent différemment sous l'influence du contage peladique ou constituent pour lui des terrains de valeur inégale; on voit des teignes rester limitées à une moitié du cuir chevelu: on pouvait donc se demander si la différence observée par nous entre l'évolution des plaques peladiques de chaque moitié de la tête n'était pas due à une influence analogue plutôt qu'à l'action différente des traitements employés. De nouvelles expériences étaient nécessaires pour juger la question.

La malade qui a servi à nos études présentait encore sur la moitié de la tête traitée par l'essence de cannelle six plaques de pelade en activité: depuis un mois, trois d'entre elles ont été traitées par l'essence de Wintergreen tandis que les trois autres continuaient à être frictionnées quotidiennement avec l'essence de cannelle mélangée avec quatre parties d'éther; or, cette fois encore, les deux médications ont donné des résultats très différents: tandis que les plaques traitées par l'essence de Wintergreen sont aujourd'hui guéries ou en voie de guérison avancée, les autres ne se sont que peu modifiées; les con-

e

a'

es

m

le

de

pe

te

de

l'a

fre

pa

che

1

par

sub

rôle

tion

et d

L

gla

cail

L

clusions que nous avons formulées antérieurement se trouvent donc

pleinement confirmées.

Pour ce qui est du mode d'application de la teinture, nous avons employé concurremment un mélange avec partie égale d'éther et une pommade à la vaseline renfermant un cinquième d'essence; la solution éthérée a été plus active ; c'est à elle qu'il faut s'adresser de préférence. Elle est employée en frictions assez énergiques; elles n'ont été pratiquées qu'une fois par jour chez notre malade, mais on pourrait avec avantage les renouveler plusieurs fois par jour, car leur action irritante est nulle. Nous avons fait remarquer antérieurement quel est l'intérêt de ce fait au point de vue du mode d'action du médicament : on a pu soutenir en effet que les agents parasiticides ne modifiaient la pelade qu'en provoquant une inflammation du tégument et en le transformant ainsi en un milieu défavorable à la culture du contage peladique, comme le fait un vésicatoire; or cette interprétation n'est en aucune mesure applicable à l'essence de Wintergreen : il est donc démontré que l'on peut agir par les parasiticides sur le contage peladique inclus dans une plaque d'alopécie.

Nous avons jusqu'ici considéré le traitement par l'essence de Wintergreen comme devant être réservé aux cas dans lesquels l'étendue des surfaces dénudées s'oppose à l'emploi des vésicatoires ou de l'acide phénique; il est possible cependant qu'en renouvelant plus fréquemment les frictions on obtienne des résultats aussi rapides que par les moyens que nous venons de citer; il y aurait alors tout avantage à recourir à cette nouvelle médication qui a l'avantage de n'être

ni douloureuse, ni pénible à aucun égard.

Nous avons commencé également à en étudier l'action sur les trichophyties et sur les favus.

## Des variations de la toxicité du sérum sanguin dans les affections cutanées.

Par CH. E. QUINQUAUD.

Nos connaissances actuelles sur ce point special sont nulles; il me paraît important de savoir si le sérum reste normal ou bien s'il subit des altérations diverses; si ces dernières existent, quel est leur rôle en pathogénie dermatologique. Pour répondre à toutes ces questions, il est indispensable en premier lieu d'adopter une bonne technique et de la suivre toujours rigoureusement.

Le sang est recueilli dans des vases stérilisés et placés dans une glacière pendant 24 heures; quelques heures après la formation du caillot, on y implante une série de baguettes de verre stérilisées; le sérum est filtré et porté à une température de 39° avant de l'injecter.

L'injection doit se faire avec une extrême régularité à l'aide d'un

injecteur automatique, toujours avec la même vitesse, qui, dans mes expériences, n'a pas dépassé un centim. cube par minute; nous injections ordinairement le sérum dans la veine jugulaire externe du lapin. Il faut aussi choisir des lapins adultes de 2 kilogr. environ.

Le professeur Bouchard a nettement démontré la toxicité du sang et du sérum normal; c'est ce degré de toxicité qu'il est utile tout d'abord de déterminer d'une manière exacte en suivant les règles mentionnées plus haut.

Dans la note que je présente aujourd'hui à la Société, je désire résumer en quelques mots ce que l'expérimentation m'a appris sur le sérum sanguin dans quelques maladies de la peau; en voici les conclusions:

1º Dans toutes les éruptions d'origine rénale, le sérum sanguin tue à la dose de 5 à 6 c.c. par kilogr. d'animal.

2º Souvent dans les affections cutanées qui coıncident avec de l'albuminurie, le sérum est hypertoxique, mais il n'est pas rare d'observer des cas où ce sérum est normal au point de vue de la toxicité, bien qu'il y ait albuminurie. Le premier fait existe toujours lorsqu'il y a insuffisance rénale à un degré quelconque.

3º Dans toutes les dermatites avec grande exfoliation, on trouve un sérum hypertoxique dans les premières phases de leur évolution.

4º Dans le pemphigus aigu, dans les érythèmes infectieux, l'hypertoxicité est extrême et vraiment remarquable, tandis que la toxicité est normale ou même inférieure à la normale dans certains pemphigus cachectiques; ce sont là des données nouvelles qu'il sera bon d'utiliser en nosologie.

5° Dans les eczémas disséminés ou généralisés, le sérum acquiert une grande toxicité. Au moment des poussées, on rencontre un sérum qui tue à la dose de 3 c.c. par kilogr., puis la toxicité décroît et pendant l'accalmie, il est hypotoxique.

#### Note sur l'hypothèse d'une existence saprophyte des trichophytons.

Par R. Sabouraud, interne de l'hôpital Saint-Louis. (Travail du laboratoire de bactériologie de M. le D<sup>r</sup> E. BESNIER.)

Voir page 561.

#### Le savon au calomel dans le traitement de la syphilis.

Par M. de WATRASZEWSKI Médecin en chef de l'hôpital Saint-Lazare (Varsovie). Note présentée par M. BALZER.

Le médicament que j'emploie depuis peu dans le traitement de la syphilis (traitement par frictions), « le savon au calomel » (sapo CE

pi

pl

0

pe

ri

po

ge

un

ou

de

sa

to

tri

on

pr

ma

COL

alo

ser

la ver

nu

cor

la 1

sa

me

len

calomelanosus) présente, à part sa valeur curative, tant d'avantages pratiques, que c'est à ce titre que je prends la liberté de le recommander à l'attention de mes confrères.

On prépare le savon au calomel en mélangeant minutieusement le « calomel à la vapeur avec un savon de potasse, dont je fais faire la préparation, dans la proportion de 1:2 (sapo calomelanos fortior) ou 1:3 (sapo calomelanos mitior), et il se présente sous forme d'une masse molle, de couleur blanchâtre avec une légère teinte gris

perle.

Le savon de potasse est le même qui sert de base au savon mercuriel gris (Oberlaender). Il est le produit de l'action de la liqueur de potasse caustique pure sur l'huile d'olives fraîche prises et mélangées en quantités strictement proportionnées. Evaporé jusqu'au degré nécessaire, c'est un corps doué d'une faible odeur de savon et dont la consistance et la couleur ressemblent beaucoup à celle de la vaseline.

La qualité du savon au calomel dont je me sers actuellement pour une friction quotidienne est de 2 gr. à 3 gr., contenant 0,50 centigr. ou 0,66 et 0,75 ou 1 gr. de calomel pur, suivant qu'on veut donner des doses plus faibles ou plus fortes.

L'onction même se fait de la manière suivante :

La partie qui doit être frictionnée étant lavée avec de l'eau et du savon ordinaire, ou après que le malade a pris un bain, on dépose toute la quantité du savon, la moitié s'il s'agit de parties symétriques du corps. Après avoir trempé la paume de la main dans l'eau on mêle le médicament avec celle-ci sur la peau à l'aide de mouvements lents, rotatoires.

La main doit être mouillée plusieurs fois au commencement de ce procédé; la friction dure aussi longtemps jusqu'à ce que toute la masse du savon aura été réduite en écume liquide et blanche. On continue de faire la friction de la même façon avec l'écume jusqu'au moment où cette dernière commence à disparaître. Nous tâchons alors de faire bien entrer les restes du savon dans la peau en nous servant d'une espèce de massage, en appuyant plus fortement avec la paume de la main sur la peau tout en continuant les mêmes mouvements.

Le temps nécessaire pour faire l'onction décrite varie de 10 à 15 minutes suivant qu'elle est faite avec plus ou moins d'adresse.

Si le savon a été bien dissous avec de l'eau et si la friction est faite comme il convient, on n'aperçoit ni sur la région du corps ni sur la peau de la main nulles traces visibles de calomel et la peau garde sa couleur habituelle.

Les avantages pratiques résultant de l'application du savon au calomel, comparé aux préparations mercurielles dont on se sert actuellement pour le même but, seraient donc les suivants: 1º L'application du savon au calomel exige très peu de temps et de fatigue; il peut par conséquent être très bien employé directement par les malades faibles et débiles, et aussi par ceux qui ont peu de temps à leur disposition.

2° Le savon au calomel est inodore et incolore dans son application; il ne salit ni le linge ni la peau et de cette façon il permet aux malades de suivre le traitement avec beaucoup de propreté et avec un secret complet.

3º Les onctions avec le savon au calomel semblent n'avoir aucune action irritante pour la peau. Du moins je n'ai jamais vu encore de symptômes de dermatite et d'eczéma, même dans les cas où le remède en question avait été appliqué plusieurs fois de suite sur la même région.

La valeur curative du savon au calomel répond approximativement à celle de l'onguent mercuriel gris officinal, d'après les observations que j'ai faites avec ce remède dans les cas de syphilis récente et tardive. La supériorité du savon consiste en ce qu'on peut faire accroître son énergie d'action ou la diminuer en variant la proportion quantitative de ses composants. Il est très facile de préparer le remède et de le faire bien absorber par la peau même dans la proportion de 1:1, ce qui est chose à peu près impossible pour l'onguent et le savon mercuriels.

Les analyses d'urine faites d'après les méthodes de Ludwig, Schridde, Fürbringer et Witz à quelques et plusieurs jours après le commencement de l'application du remède prouvèrent constamment la présence du mercure dans l'urine. Le commencement d'un léger gonflement des gencives qui fut observé pendant le traitement en question malgré les soins minutieux de la bouche, et qui m'obligea à amoindrir la quantité quotidienne du remède, témoigne aussi du reste de la saturation de l'économie par le mercure.

En résumant ce qui avait été dit, il semble résulter que le savon au calomel, tout en possédant les avantages de l'onguent gris traditionnel et du savon gris plus moderne, a sur eux la supériorité d'être privé des inconvénients qui sont propres à ces préparations.

Il nous permet donc d'élargir conséquemment le cercle de l'application du traitement rationnel percutané de la vérole et nous donnela possibilité de l'instituer à présent dans les cas très fréquents où ledit traitement fut jusqu'ici impossible à cause de conditions sociales ou personnelles.

Le secrétaire,

H. FEULARD.

at

31

P

de

## REVUE DES SOCIÉTÉS SAVANTES

## SOCIÉTÉ BERLINOISE DE DERMATOLOGIE séance du 14 mars 1893.

Présid.: M. LASSAR. Secrét.: M. O. ROSENTHAL.

#### Angiome caverneux.

M. Peter présente un enfant de 7 mois de la clinique de M. Lassar, atteint d'un angiome caverneux de la figure, d'une étendue extraordinaire. A sa naissance il y avait seulement une télangiectasie et ce n'est que depuis 3 mois que la tumeur s'est développée. M. Lassar a l'intention de suivre un traitement qu'il a déjà employé avec succès dans deux cas semblables. Pour éviter une hémorrhagie aussi bien qu'une embolie M. L. ne détruisit pas la tumeur dans sa totalité mais cautérisa seulement des parties tout à fait superficielles, une fois avec l'acide phénique et une autre fois avec le thermocautère, dans l'idée que ces coagulations superficielles conduiraient peu à peu à une évolution de la tumeur.

Et réellement, peu de jours après, elle avait perdu son élasticité et après deux mois on ne put voir que deux cicatrices. Chez cet enfant il faudra, à cause de la grande étendue, appliquer plusieurs cautérisations circonscrites.

M. Lewin demande si l'affection dans le cas présenté est héréditaire.

M. Peter répond que père, mère et grands-parents n'ont rien eu de pareil.

#### Signes diagnostiques de syphilis.

M. Lewin présente un malade, pour démontrer spécialement l'importance des deux signes déjà mentionnés par lui à plusieurs reprises : l'examen des testicules et l'aplasie de la tonsille de la langue.

Le malade, serrurier de 54 ans, avait eu, il y a 4 ans, un chancre qui fut traité localement. Le 30 janvier 1893, il entra dans le service de la Charité. Il montrait dans la région hypogastrique une tumeur d'une certaine dureté qui y existait déjà depuis quelque temps et une ulcération. Comme celle-ci n'avait pas les caractères distincts d'une gomme on pouvait bien concevoir l'idée, qu'il s'agissait d'un sarcome. Mais on trouva dans les testicules deux tumeurs qui par leur forme et leur consistance ne laissaient pas de doute dans la diagnose. La tonsille de la langue était aussi dans un état d'atrophie complète. La diagnose fut justifiée par le traitement. Dans les affections syphilitiques de cette partie de la langue on peut distinguer trois différents états : dans le tertiarisme il y a, comme dans le cas présenté, une aplasie complète, de sorte qu'on ne sent qu'une surface tout à fait lisse ; dans un état précédent quelques papilles existent encore; et auparayant quelques papilles sont très dures et ont augmenté

de volume. Pour l'exploration M. L. préfère le doigt à l'œil; il faut seulement prendre garde de ne pas toucher à la paroi postérieure du pharynx.

#### Hépatite syphilitique; ictère.

M. Lewin présente un malade qui entra dans l'hôpital à la fin de 1892 avec une sclérose et des ulcérations sur la poitrine et les bras. On lui fit sept injections au salicylate de mercure et il sortit guéri.

Bientôt après il eut une récidive et fut traité en ville de différentes manières.

Le 15 février 1893, il rentra à la Charité ayant des gommes ulcérées en grand nombre et étendues. En outre il se plaignait de maux de tête et de vertiges; l'état général était mauvais. Quelques jours après apparut un ictère assez intense, qui allait en augmentant malgré les injections; et le foie se montrait enflé, dépassant de beaucoup le bord libre des côtes. On prescrivit alors avec succès de l'iodure de potassium. Deux semaines plus tard le malade saignait à plusieurs reprises du nez. D'autres hémorrhagies qui accompagnent ordinairement une hépatite syphilitique ne se montrèrent pas. La rate n'a pas augmenté de volume; du côté des reins tout est en ordre; l'exploration du sang a été aussi négative. Les ulcérations se ferment déjà, par suite de la dernière médication. M. L. ajoute qu'il ne finit jamais le traitement par l'iodure de potassium, mais qu'il donne toujours à la fin le mercure sous quelque forme que ce soit. M. L. regarde comme la meilleure manière pour la palpation du foie, de faire incliner le malade; de cette manière les muscles sont relâchés et en se trouvant derrière le malade on peut toucher l'organe très bien.

M. Hoffmann demande si le malade a eu des douleurs dans le foie. S'il n'a eu ni douleurs ni fièvre on ne peut guère penser à des calculs biliaires, comme chez la malade que M. L. a présentée il y a plusieurs mois.

#### Lupus érythémateux disséminé,

M. LILIENTHAL présente une malade de 46 ans qui, auparavant en bonne santé, était elle-même, comme aussi sa famille, libre de tuberculose. Au mois de novembre de l'année passée un exanthème commença à se montrer aux oreilles qui se propagea de là, sur la tête, la figure et les extrémités: il y avait de la fièvre en même temps. Maintenant il y a de grandes plaques sur le front et la tête. Ce sont surtout les doigts qui font voir distinctement le début du lupus érythémateux. En outre, il existe depuis peu de temps une légère inflammation des sommets des poumons qui, à son début, était accompagnée par une propagation du lupus surtout sur le dos. La connexité entre les affections des poumons et le lupus érythémateux a été déjà mentionnée par Kaposi en 1872 et soutenue par Veiel au dernier Congrès international à Vienne.

#### Sclerodermie partielle.

M. Goldzieher présente plusieurs cas de sclérodermie partielle qui se trouvent en ce moment dans la clinique de M. Lassar. En 1872, Heller a constaté une relation entre la sclérodermie et l'oblitération du canal thoracique. Le premier de ces malades a une sclérodactylie. Dans le froid excessif de

l'h

ét

at

tr

th

in

C6

000

l'hiver passé il se gela les mains. Lorsqu'il entra dans la clinique, ses mains, fort douloureuses, étaient enflées, œdémateuses et couvertes de bulles. Cet état fut suivi de sclérodactylie par suite d'une rétraction des tissus. Que la même affection peut aussi prendre les pieds, cela est démontré par une autre malade qui pouvait à peine marcher, il y a quelques semaines. Le traitement suivi consista en médicaments toniques, bains de sel, bains de goudron et le massage avec la vaseline salicylée.

Cette malade a été améliorée par ce traitement continué six semaines. La troisième malade a aussi une sclérodactylie qui s'est montrée après qu'elle avait rincé des verres dans de l'eau froide glacée il y a six ans.

M. Mankiewicz demande si l'on constatait sur les parties malades l'anes-

thésie ou une hyperesthésie.

M. Lewin fait remarquer, que l'oblitération du canal thoracique n'a été invoquée comme cause que dans le sclérème des nouveau-nés et que pour cette raison il faut séparer ce dernier de la sclérodermie des adultes. Quant au traitement de la dernière affection, l'électricité et les frictions à l'onguent napolitain ont eu un bon résultat chez plusieurs de ces malades.

M. Goldzieher répond que chez les malades qui se sont gelés les membres on trouve des paresthésies et des anesthésies et qu'aussi la sensibilité dans les deux mains est différente, de sorte qu'ils croient sentir constamment du froid dans l'une et de la chaleur dans l'autre main.

#### De l'anatomie du molluscum contagiosum.

M. Kromayer (de Halle) mentionne au commencement de son discours qu'il y a peu de temps que M. O. Israel a confirmé dans cette maladie — à l'occasion de la démonstration de quelques tumeurs superficielles de la peau d'une structure singulière et ressemblant à celle du molluscum contagiosum et dénommées par lui épithéliomes folliculaires,—l'opinion de M. Virchow que le molluscum contagiosum n'est qu'une dégénération des cellules épithéliales.

Il est bien connu que d'autres auteurs comme Neisser veulent avoir prouvé qu'il est causé par un parasite. Cette question gagne d'importance par la thèse émanée dans le dernier temps qu'un grand nombre de maladies

doivent être attribuées à la présence de coccidies.

Le groupe dont il s'agissait en premier lieu comprend la maladie de Paget, la psorospermose de Darier et surtout les carcinomes. Pour étudier cette question M. K. a employé la coloration du protoplasma qui a été décrite par lui dans les Archives de microscopie en 1892, et qui est en état de teindre les fibres du protoplasma qui sont connues par les travaux de Ranvier, Blaschko et d'autres.

Cette méthode se distingue de celle de Weigert en deux points ; par la ténuité absolue des tranches d'un  $1/2~\mu$  et par le lavage subtil à l'aniline-xylol. Car le développement des corpuscules du molluscum est basé abso-

lument dans le protoplasma.

Dans un dessin, M. K. démontre les différentes couches de l'épiderme : les cellules cylindriques, pressées les unes contre les autres, le stratum spinosum dans lequel les cellules sont également serrées et les fibres de l'épithèle sont très distinctes. Dans la couche voisine, les corpuscules du molluscum commencent à se former. Les fibres épithéliales se transforment peu à peu en une masse granuleuse qui gagne lentement en étendue pour finir par remplir toute la cellule, à l'exception de la zone marginale qui reste libre dès le début. Aussi les noyaux prennent part à la transformation, ils augmentent de volume, ne gardent plus la couleur, à l'exception de leur corpuscule, dans la même intensité que la cellule elle-même et finissent par se réunir avec le protoplasma à une masse difforme, dans laquelle on réussit encore à les reconnaître.

Souvent ils sont pressés contre le bord et y restent visibles. La contrecouleur dont K. s'est servi, est le carmin préparé à l'alun. Grâce à la coloration de Weigert qui tient avec ténacité aux noyaux, on réussit toujours à pouvoir les distinguer. C'est de cette masse granuleuse et difforme que les corpuscules du molluscum se forment peu à peu.

Ce ne sont pas tous les épithèles qui sont soumis à ce procès, mais il y en a qui servent à former la substance intermédiaire entre les corpuscules.

Sous ce point de vue on ne peut guère soutenir l'opinion que des parasites jouent un certain rôle dans cette formation. Neisser a aussi trouvé dans les couches profondes des épithèles une masse granuleuse qu'il envisage comme le commencement de la formation des parasites. Pour trancher la question il s'agit donc de décider de quelle manière cette masse se forme. La destruction lente et progressive ne peut pas être expliquée par la présence de parasites.

Cela n'empêche pas que les corpuscules du molluscum soient contagieux. Aussi serait-ce une conclusion fausse de dire que les psorospermes trouvés dans la maladie de Paget et d'autres n'existent pas.

M. Вызыко revient à ce qu'il a dit il y a 3 à 4 ans, dans la même société sur le même sujet. Ses résultats correspondent en général à ceux de M. Kromayer. Le point essentiel par lequel ils diffèrent de ceux de M. K. est que ses préparations démontrent que le noyau reste et n'est pas détruit. Peut-être est-ce une faute de la méthode de M. K. Ses préparations étaient durcies à l'osmium et à l'alcool et colorées à l'hématoxyline et au picro-carmin. M. B. a également prononcé alors qu'il s'agissait d'une dégénération hyaline.

Intermédiairement nos connaissances ont été enrichies et il s'agissait d'examiner de nouveau la question, si c'est réellement une destruction hyaline. Mais il faut aussi faire attention, qu'entre ces corpuscules il y a encore des particules qui sont ou bien des cellules cornées entières ou des parties essentielles de celles-ci, dont le reste servirait à former les corpuscules eux-mêmes. Si des parasites étaient la cause, il faudrait supposer qu'il n'y en aurait qu'un seul dans chaque cellule et que par conséquent il y aurait aussi des cellules cornées libres. Si ce n'était pas le cas, ces formations devraient se trouver en dehors des cellules, ce qui ne correspond pas au développement de la maladie. M. B. croit du reste que la question n'est pas encore tranchée par le travail de M. Kromayer.

M. Benda s'est intéressé vivement à la question et est convaincu, quoiqu'il n'eût à disposer que de peu de préparations, que le noyau n'est pas détruit, c'est-à-dire que la substance tingible du noyau, la nucléine, se fil

CI

n

ta

b

maintient au bord, mais que la cavité du noyau et aussi les soi-disant fibres linéaires ne se conservent pas.

Aussi M. B. n'est pas de l'avis qu'il s'agit de parasites, et croit devoir imputer la preuve à ceux qui émettent cette opinion. Il n'y a pas au prime

abord un corps circonscrit, qui a les qualités d'un parasite.

M. Kromayer consent, quant au noyau, à l'opinion prononcée. Le corpuscule du noyau est conservé en grande partie mais est soumis à une certaine modification; le reste se perd sûrement dans le protoplasma dégénéré. Du reste cela lui semble être tout à fait indifférent et de nulle importance pour décider la question, s'il y a des parasites ou s'il n'y en a pas. Aussi la question entamée par M. B. n'a pas de grande valeur. Les membranes des cellules cornées se trouvent si près l'une de l'autre, qu'on ne peut les distinguer ni dans l'état normal ni dans l'état pathologique.

On ne peut pas dire que cette partie appartient encore à la cellule, dans laquelle se trouvent les corpuscules du molluscum ou qu'il appartient au tissu voisin. La chose principale reste l'évolution; et c'est surtout

la genèse que M. K. a voulu prouver par sa méthode.

O. ROSENTHAL.

#### SOCIÉTÉ DE MÉDECINE DE BERLIN

SÉANCE DU 15 MARS 1893 (1).

## Ulcère tuberculeux de la région pilaire du cou au-dessous du menton.

M. Köbner. — Le malade atteint de cette affection a été il y a plus de 7 ans traité pour une ulcération des cordes vocales qui guérit dans l'espace de 8 mois. Au bout de 14 ans il lui est survenu, il y a environ deux ans, dans la barbe de la région sous-mentonnière, une petite plaie qui se recouvrit rapidement de croûtes. Sous l'influence d'un traitement indifférent et de la rasure pratiquée une fois chaque semaine la plaie s'étendit et comme il avait en même temps la voix rauque il se rendit à la clinique laryngologie. Depuis 8 mois le malade évitait de se faire raser en raison de la douleur. Puis pensant qu'il s'agissait d'une ulcération syphilitique, on prescrivit, dans une clinique dermatologique, une cure intensive d'iodure de potassium et ensuite des frictions hydrargyriques; sous cette influence l'ulcère et la faiblesse générale augmentèrent. Il y a 4 semaines Köbner, appelé en consultation, trouva après la rasure de la barbe l'ulcère décrit ci-dessus recouvert de granulations petites, molles, irrégulièrement distribuées, les bords étaient assez aplatis, déchiquetés et non décollés. Sur un fragment excisé on constata la structure typique des tubercules avec cellules géantes et de nombreux bacilles tuberculeux. Dans le larynx, périchondrite de l'épiglotte et des cartilages aryténoïdes, ulcération et tuméfaction des ligaments thyro-aryténoïdiens supérieurs. Sous l'action d'un traitement approprié, l'ulcère s'est détergé et a pris l'aspect d'un ulcère en voie de granulation, mais ulcérations serpigineuses en quelques points des bords par suite de tubercules en

<sup>(1)</sup> D'après la Deutsche mediz. Wochenschrift.

dégénérescence caséeuse. La tuberculose pharyngienne est en voie de progression. Les ganglions voisins sont tuméfiés, durs et indolores. Köbner en terminant appelle l'attention sur le danger que peuvent faire courir les boutiques de barbier par la rasure des malades atteints d'affections de ce genre, attendu que le rasoir peut déterminer dans ces cas une inoculation de la tuberculose; il signale à cette occasion les mesures hygiéniques qu'il a réclamées en 1886 pour les officines de barbier.

M. BAGINSKY croit que chez ce malade la tuberculose de la peau était la lésion primaire. Dans les affections tuberculeuses du larynx, le traitement dit chirurgical, le raclage de l'ulcération, a été chez ce malade plutôt nuisible privitile.

M. B. Fraenkel n'est pas disposé à admettre que le traitement mercuriel soit la cause de la cachexie survenue chez ce malade. Dans plusieurs cas où la syphilis coı̈ncidait avec la tuberculose, il n'a jamais vu la cure de frictions avoir une action nocive, quand elle est faite avec prudence.

M. Köbner. — Selon lui, toute tuberculose caractérisée est une contreindication à la cure de frictions; il a démontré au Congrès international de Berlin l'influence fàcheuse de ce traitement dans le carcinome du palais pris par erreur pour de la syphilis. Avant d'intervenir par une thérapie aussi énergique il faudrait établir le diagnostic dans cette affection d'une manière décisive, à l'aide de l'examen microscopique.

M. SCHEINMANN dit que d'après l'anamnèse l'ulcère de la peau ne peut pas avoir été la tuberculose primaire.

M. Köbner déclare que ce n'est pas lui qui a exprimé cette opinion.

#### Ictère congénital.

M. H. NEUMANN présente le foie d'un enfant mort d'un ictère congénital. Cet enfant, âgé de 3 mois, syphilitique, avait depuis sa naissance une coloration jaune sale intense de la peau et des muqueuses. Les selles étaient décolorées, l'urine ictérique. On trouva en outre chez cet enfant, qui avait un aspect très misérable, une tumeur considérable de la rate et le foie hypertrophié.

On avait diagnostiqué une occlusion congénitale des voies biliaires. L'autopsie confirma ce diagnostic en ce sens que le canal cholédoque était, il est vrai, perméable, mais les petits canaux biliaires étaient oblitérés par un processus interacineux. Sur les coupes le foie était vert foncé, dur, légèrement granuleux à la surface, il ne s'écoulait pas de bile, les canaux biliaires ne sont pas dilatés, les acini font saillie au-dessus du tissu conjonctif environnant. Entre les acini rétractés on voit au microscope un tissu conjonctif jeune, très élargi, avec une prolifération particulièrement considérable des capillaires biliaires. Il s'agit vraisemblablement d'une cirrhose congénitale du foie d'origine syphilitique, affection très rare et qu'il faut distinguer de l'hépatite syphilitique diffuse qui est fréquente.

M. Hansemann a observé un cas tout à fait analogue dans lequel il existait des signes de syphilis osseuse.

A. Doyon.

on

co

n'

di

q

ta

ti

S

d

## REVUE DES PUBLICATIONS PÉRIODIQUES

#### REVUE DE DERMATOLOGIE

Anatomie pathologique de la peau. — P. G. Unna. Ueber die Bedeutung der Plasmazellen für die Genese der geschwülste der Haut, der Granulome und anderer Hautkrankheiten. (Berliner klin. Wochenschrift, 1892, p. 1240.)

Les travaux de Grawitz sur les cellules dormantes (Schlummerzellen) ont appelé l'attention sur l'origine des cellules de tissu conjonctif dans les conditions pathologiques. Toutefois Unna n'adopte pas l'interprétation donnée par cet auteur. Mais la simple négation de la cellule dormante n'exclut pas, même pour les adversaires de Grawitz, qu'à chaque instant on ne trouve à l'intérieur du tissu fibreux pauvre en cellules, par exemple dans la peau, une quantité considérable de cellules dont on ne peut pas expliquer l'origine d'une manière satisfaisante par les facteurs de la segmentation mitosique et amitosique des cellules préexistantes et par l'émigration des cellules du sang.

Unna rappelle ensuite que pour colorer le protoplasma il ne faut pas se servir de la méthode de Flemming qui doit être appliquée à l'étude des mitoses; on sait que l'auteur a recommandé de colorer les préparations conservées dans l'alcool absolu avec du bleu de méthyle préparé depuis longtemps et de décolorer ensuite avec un mélange de glycérine et d'éther.

D'une manière générale les cellules plasmatiques sont des cellules de tissu conjonctif exclusivement hypertrophiques dans lesquelles l'élément granuleux est à son maximum de développement. Unna décrit ensuite avec une grande précision les différentes formes de ces cellules, celles de leur noyau, etc. On rencontre très rarement des mitoses dans les cellules plasmatiques; par contre, on trouve fréquemment, presque toujours dans les plus grosses, une série de noyaux similaires, ovales, parfois à facettes qu'il regarde comme ayant une origine amitosique. Les cellules plasmatiques sont situées dans des cavités arrondies ou anguleuses du tissu collagène et ne sont pas reliées entre elles par des prolongements (sauf peut-être au moment de leur division).

La cellule plasmatique constitue un élément fréquent et important de l'infiltration cellulaire dans un grand nombre de dermatoses. Elle forme le tissu mère d'une série de produits importants de dégénérescence, elle joue en un mot un grand rôle au point de vue histologique dans l'histoire de beaucoup de maladies de la peau.

L'auteur commence par étudier l'infiltrat cellulaire qui accompagne le carcinome. Cet infiltrat est constitué presque uniquement par des cellules plasmatiques ne subissant pas de dégénérescence ultérieure. Les cellules plasmatiques du carcinome ne sont pas très grosses mais de dimensions uniformes; les petits foyers sont habituellement constitués par de grandes cellules; les grands foyers par de petites cellules; ceux-ci se rencontrent surtout vers le néoplasme épithélial. Si des influences extérieures (traumatisme, cautérisations, infections secondaires) n'entrent pas en jeu, ce qui est presque toujours les cas pour les cancers papillaires, on ne trouve presque pas de leucocytes.

Il est intéressant de constater que parmi les épithéliomes s'accompagnant d'un plasmome étendu du derme on rencontre surtout ceux qui d'ordinaire ont une marche lente, par conséquent les plus bénins. En pareil cas l'infiltrat cellulaire du derme occupe tant de place qu'on est conduit involontairement à rattacher cette particularité à l'état stationnaire ou à la progression lente de la tumeur épithéliale, soit que la paroi cellulaire du derme constitue un obstacle au développement de l'épithéliome, soit qu'au contraire la progression lente de ce dernier laisse au derme le temps de former le plasmome. C'est dans l'ulcus rodens vrai de l'oculiste anglais Jacob qu'on observe la zone d'infiltration la plus étendue. Le carcinome du mamelon de Paget, à sa période eczématoïde, présente aussi un plasmome remarquablement développé.

Certains carcinomes se rapprochent davantage, par le développement considérable de cellules plasmatiques, des tumeurs infectieuses (tuberculose, syphilis) que la plupart des sarcomes.

Les sarcomes de la peau, comme tous les sarcomes, se divisent en sarcomes à cellules fusiformes et en sarcomes à cellules rondes. Ceux-ci se distinguent non seulement par leur forme cellulaire, mais encore par d'autres caractères. Les premiers par exemple ne présentent presque pas de mitoses et parfois renferment de rares cellules plasmatiques, les seconds au contraire renferment une grande quantité de mitoses, et régulièrement des cellules plasmatiques.

Dans les sarcomes à cellules fusiformes avec zone limite spéciale, les vaisseaux dilatés se trouvent, à l'intérieur de cette zone, entourés de cellules fusiformes en voie de division amitosique et entre ces cellules il y a quelques cellules plasmatiques, mais ces dernières disparaissent déjà dans les points où commence la tumeur proprement dite. Il en est tout autrement des sarcomes à cellules rondes, dans lesquels les cellules plasmatiques constituent une phase préliminaire régulière des cellules sarcomateuses. Cet état est surtout visible dans les sarcomes à cellules rondes alvéolaires de la peau, où les cellules mères hypertrophiques du sarcome, incluses dans des cordons fibreux, se maintiennent plus longtemps. La cellule plasmatique n'est donc que la cellule mère du sarcome à cellules rondes et donne sa forme aux cellules de cette tumeur. La cellule sarcomateuse résulte de la cellule plasmatique par atrophie du protoplasma granuleux. Le nom de sarcome à cellules rondes n'a guère de signification que par opposition aux sarcomes à cellules fusiformes. La « cellule ronde » n'est pas une espèce cellulaire bien définie, tandis que la cellule sarcomateuse cubique se définit très bien d'après la coloration du protoplasma. C'est une cellule plasmatique atrophique qui a conservé une petite quantité de granulations susceptibles de se colorer d'une manière spécifique, elle se

I

cl

n

distingue par la grandeur uniforme du petit corps cellulaire et du noyau peu colorable.

Cette définition de la cellule sarcomateuse cubique est très importante ainsi qu'on peut s'en rendre compte en étudiant comparativement la cellule du mycosis fongoïde. Dès cette double étude ainsi que des caractères cliniques il ressort que le mycosis fongoïde doit être classé dans les granulomes infectieux et non dans les sarcomes.

La méthode de recherche qui tient compte du protoplasma de la cellule peut modifier notre manière de voir à l'égard de certaines affections, c'est ce que l'auteur a pu constater pour le chancre mou, d'après ses nouvelles recherches, il constitue le type complet d'un granulome, un nodule dense de cellules plasmatiques, qui n'est pas dur comme la sclérose syphilitique initiale, parce que le tissu collagène ne s'est pas développé en même temps. Les faits cliniques, histologiques et bactériologiques sont ici en harmonie parfaite.

Dans l'ulcère serpigineux qui se rapproche beaucoup du chancre mou et dont l'auteur a eu l'occasion d'examiner deux cas, le plasmome est encore beaucoup plus étendu. On trouve des bacilles en chaînettes ressemblant essentiellement et peut-être identiques à ceux du chancre mou. Le plasmome des ulcères serpigineux est caractérisé par des cellules plasmatiques très grandes, largement réparties, des cellules fusiformes très grossies, des vaisseaux sanguins et lymphatiques très larges et des fentes lymphatiques extrêmement larges.

Le développement des masses plasmomateuses s'étend encore beaucoup plus loin, à des affections regardées d'ordinaire comme des types de l'in-

flammation simple, par exemple l'acné et la trichophytie.

La peau acnéique est le siège d'altérations progressives très variées, principalement autour des follicules et se distinguant par là des autres plasmomes. Mais un autre caractère distinctif consiste en un mélange très uniforme des divers éléments hypertrophiques. On trouve: 1º des cellules plasmatiques; 2º de très grandes cellules fusiformes hypertrophiques; 3º des cellules épineuses énormes; 4º des Mastsellen arrondies; 5º un grand nombre de chorioplaxes irrégulièrement conformés, gros, à plusieurs noyaux, et enfin, 6º un petit nombre de cellules géantes avec zone nucléaire et protoplasma trouble. Les autres espèces de cellules ne subissent pas de dégénérescence dans l'acné. Les leucocytes n'apparaissent qu'avec la suppuration secondaire des follicules qui ne se produit pas nécessairement.

Quant à la trichophytie, on ne trouve pas de cellules plasmatiques dans la phase érythémato-squameuse. Mais dès que le trichophyton se développe dans les poils de la barbe, il s'y ajoute un plasmome dense et très uniforme de la peau qui se distingue par sa situation profonde dans le derme, principalement au voisinage des racines des poils et des glandes glomérulaires, tandis que le corps papillaire et la couche superficielle du derme ne présentent que de petits foyers disséminés de cellules plasmatiques. Dans la partie inférieure du derme il y a, en outre, des amas de chorioplaxes, mais ni cellules géantes ni Mastzellen. L'affection du cuir chevelu connue sous le nom de Kerion est une forme de tricho-

phytie et présente absolument les mêmes formes. Le plasmome est si dense et si uniforme qu'il n'est divisé que par les muscles de la peau et les plus forts trabécules collagènes.

En résumé, la cellule plasmatique est un élément purement pathologique elle a besoin pour se former d'un stimulus énergique agissant sur le tissu adulte, d'une perte de substance ou d'une irritation infectieuse. Elle est d'ordinaire l'indice d'un trouble nutritif grave, chronique, progressif. De fortes irritations, par exemple les catarrhes infectieux, l'eczéma, ne conduisent qu'exceptionnellement à la formation de cellules plasmatiques, et dans ces cas elles sont très rares. On ne les rencontre que dans l'eczéma chronique de longue durée avec infiltration considérable de cellules dans de petits foyers isolés.

A. Dovox.

Etat du sang dans certaines dermatoses. — Schlesinger. Ueber die Beeinflussung der Blut und Serumdichte durch Veränderungen der Haut und externe Medicationen. (Virchow's Archiv., 1892, t. 130, n° 1, p. 145.)

Grâce à de nouvelles méthodes de recherches cliniques, permettant d'obtenir le poids spécifique d'une très petite quantité de liquide, plusieurs travaux importants ont paru dans ces derniers temps, travaux qui fournissent divers renseignements nouveaux sur la densité du sang et du sérum dans différents états physiologiques et pathologiques. Jusqu'ici on n'avait que de très rares données concernant l'influence des altérations pathologiques de la peau sur la densité du sang et du sérum. La première partie de ce travail est consacrée à cette question. Dans la deuxième partie l'auteur s'occupe des rapports, également peu connus jusqu'ici, entre le contenu des éruptions bulleuses de la peau et le poids spécifique du sérum sanguin. Dans la troisième il est question des modifications de la densité du sang et du sérum sous l'influence de médications internes.

Pour déterminer le poids spécifique du sang, Schlesinger s'est servi de la méthode d'Hammerschlag; elle est d'une précision suffisante pour les recherches cliniques et ne demande que quelques minutes. Les résultats de ce travail sont basés sur beaucoup plus de 1200 examens particuliers faits sur environ 200 individus.

. 1. Densité du sang et du sérum dans les maladies de la peau.

Ces recherches ont porté non sur toutes les maladies de la peau, mais seulement sur celles qui font prévoir des altérations de la constitution du sang par suite de la gravité ou de l'extension des lésions locales, ou en raison de la maladie générale dont les altérations de la peau sont l'expression visible.

Pemphigus. — L'auteur a eu à sa disposition pour ses recherches 11 cas de pemphigus foliacé, 3 de pemphigus prurigineux, 5 de phemphigus vulgaire. Dans tous ces cas le poids spécifique du sang était très élevé au dessus de la normale. Pour reconnaître l'influence exercée par une éruption cutanée sur la constitution du sang, il était nécessaire d'examiner le saug pendant et après l'éruption ainsi que dans l'intervalle de plusieurs éruptions et de ne tenir compte que des éruptions apyrétiques. Le résultat

obte

alté

osci

éruj

mer

que

albu

ont

que

sen

spé

per

net

séc

me

gé

bu

il

the

co

m

le

63

86

et

ti

p

B

obtenu ne fut pas toujours le même, parfois on ne remarquait aucune altération de la constitution ou bien on ne constatait que de légères oscillations du poids spécifique du sang. Il a observé plusieurs fois des éruptions bulleuses très abondantes, s'accompagnant d'un épaississement considérable du sang, qui disparaissait bientôt après. Les déterminations de la densité du sérum faites en même temps montrèrent que l'épaississement pouvait toujours s'expliquer par la perte du liquide albumineux.

Brûlures. — L'auteur a examiné le sang de 15 individus brûlés et qui ont succombé à leurs brûlures; chez tous, le sang était très épaissi. Cet épaississement n'existait que pendant les 24 premières heures; dans quelques cas, il augmentait encore pendant les 12 premières heures, pour disparaître au cours du 2° jour, de telle sorte, que chez les personnes qui survivaient 3 à 4 jours à leurs brûlures, on ne constatait plus d'épaississement du sang après les 36 premières heures. L'épaississement (poids spécifique du sang : 1065 à 1073, au lieu de 1053 à 1061) était dù à la perte du sérum, ou du moins à la soustraction d'un liquide très albumineux, attendu que le poids spécifique du sérum n'avait pas varié.

Eczémas. — Schlesinger n'a examiné que des eczémas généralisés, à sécrétion très abondante. Dans ces cas, il a constaté un épaississement passager, mais non considérable, du sang, lequel disparaît rapidement. Si un eczéma généralisé dure plus longtemps, il n'y a pas en général de modifications importantes dans le poids spécifique du sang, en dehors des conséquences d'une anémie plus ou moins grave résultant de la maladie générale. Dans deux cas, à la suite de la transsudation persistante de l'albumine par la peau, le poids spécifique du sang tomba progressivement, dans l'un, de 1030 à 1027; dans l'autre, de 1031 à 1027. Dans les deux cas, il n'y eut pas d'albuminurie.

Dans toutes les autres dermatoses : lichen ruber, lèpre, psoriasis, érythème multiforme, etc., la densité du sang n'était pas changée, ou on ne constatait qu'une modification progressive due au trouble de nutrition. Des suppurations prolongées, comme dans le lupus, amenaient naturellement une diminution progressive du poids spécifique; dans d'autres cas de lupus, le poids spécifique du sang était normal. (En ce qui concerne les modifications du sang dans la syphilis, voir le mémoire de Bieganski.)

Rapports de la densité du sérum avec les liquides exsudés à la surface

de la peau.

Dans une série de processus exsudatifs, surtout de ceux des membranes séreuses, on a fait de nombreuses recherches sur les rapports des exsudats avec le sérum sanguin d'où ils proviennent. Quant aux liquides sécrétés à la surface de la peau on n'a que de rares données concernant le contenu de bulles de pemphigus, de brûlures et de vésicatoires.

D'après les recherches de Schmidt, d'Hoffmann, de Runeberg, de Reuss et Citron on sait qu'une inflammation idiopathique d'un même degré donne lieu à la production d'un liquide contenant à peu près la même proportion d'albumine qui augmente dans l'exsudat avec l'intensité de l'inflammation. Le poids spécifique du liquide exsudé dépend, pour la plus grande partie, de la proportion variable de l'albumine, tandis qu'il y a une grande

concordance entre la somme des sels inorganiques du sérum sanguin et celle des exsudats.

Dans les dermatoses vésiculeuses et bulleuses le contenu des bulles a, suivant l'auteur, le plus souvent une densité inférieure à celle du sérum sanguin, mais dans certaines affections son poids peut non seulement atteindre mais dépasser même celui du sérum. En général, dans les dermatoses, les exsudats sont très albumineux comparativement aux produits des exsudations des autres processus inflammatoires. Schlesinger a fait à peu près 130 examens du contenu de bulles dans les dermatoses suivantes: pemphigus, phlyctènes par brûlure, bulles par compression. urticaire, érythème multiforme, dermatite bulleuse, érysipèle, bulles de vésicatoires, eczéma, herpès zoster. De ses recherches il résulte que le contenu de quelques éruptions bulleuses était au-dessous du sérum sanguin au point de vue de sa proportion en albumine ; quelques autres ont atteint la proportion en albumine du sérum sanguin (érysipèle, vésicules de vaccin). Dans une seule affection, l'herpès zoster, le contenu bulleux était beaucoup plus dense que le sérum sanguin. L'intensité de l'irritation inflammatoire affectant la peau paraît être l'un des facteurs déterminants pour le poids spécifique et par suite aussi pour la proportion en albumine du liquide exsudé. Un autre facteur très important pour la valeur du poids spécifique des liquides exsudés dans la peau tiendrait aux conditions de la pression du sang. Ainsi l'auteur a eu l'occasion d'examiner le contenu de phlyctènes dans des brûlures très graves à issue fatale qui ne s'étaient produites que 12 heures au plus après la brûlure, à un moment où la pression était excessivement faible ; dans tous ces cas malgré l'irritation extrême à laquelle la peau venait d'être soumise, le poids spécifique du contenu bulleux était extraordinairement bas.

Dans deux cas de pemphigus l'auteur a examiné systématiquement le poids spécifique du contenu de bulles de pemphigus depuis le début des éruptions bulleuses jusqu'à la fin et il a constaté que le poids spécifique du contenu bulleux était très fort au début du processus puis diminuait rapidement avec l'extension de l'affection. A mesure que les bulles devenaient plus rares, la richesse en albumine de leur contenu augmentait de nouveau. Il a fait la même observation pour les autres cas de pemphigus qu'il a observés : formation bulleuse abondante, poids spécifique des bulles faible; formation bulleuse rare, poids spécifique beaucoup plus élevé.

Tous les auteurs sont d'accord pour considérer aussi la diminution du poids spécifique des liquides exsudatifs comme un signe d'aggravation de l'état morbide.

On pourait croire que des processus exsudatifs de la peau persistant souvent plusieurs mois amèneraient une diminution dans l'albumine du sang. Les recherches de l'auteur montrent qu'il n'en est rien ou que si cette diminution existe elle est insignifiante. Dans des pemphigus à poussées successives et dans des eczémas chroniques, humides, généralisés le poids spécifique du sérum sanguin n'a jamais été inférieur à 1,027. Dans deux cas de pemphigus foliacé, à poussées répétées depuis un grand nombre de mois; la densité du sérum était complètement normale (1,030)

Si

tr

aı

n

tr

81

h

n

ti

b

d

à 1,0305). Chez tous ces malades l'urine ne contenait pas d'albumine. III. — Influence des médications externes sur la densité du sang et du sérum.

Certaines médications amènent en peu de temps un épaississement du sang souvent très considérable, durant plusieurs jours, par augmentation du chiffre des éléments cellulaires dans l'unité cubique sans qu'on soit autorisé à supposer une diminution simultanée de la proportion d'eau dans les tissus (comme dans les catarrhes aigus de l'intestin). Dans la très grande majorité des cas, cet épaississement est très bien toléré, sans que l'état général soit affecté. Il en résulte ce fait physiologique important : un épaississement du sang qui se manifeste cliniquement par une augmentation relative du nombre des globules du sang, la densité du sérum restant à peu près la même et la proportion d'eau dans les tissus ne diminuant très probablement pas beaucoup, peut se produire sans trouble important de l'état général de l'organisme. Si donc un épaississement du sang paraît avoir des conséquences graves pour l'organisme, il faut en chercher les causes dans les phénomènes concomitants, en particulier dans les modifications de la quantité de liquide contenu dans les tissus et le plasma sanguin.

a) Influence sur le sang de fortes doses de mercure, en particulier de sublimé.

Les recherches de l'auteur ont été faites chez des malades auxquels on injectait chaque semaine 5 centigr. de sublimé (formule de Lukasiewicz). Après chaque injection, au cours des premières 24 heures, au plus tard au bout de 3 fois 24 heures, il se produit une augmentation du poids spécifique du sang, souvent très considérable. Elle peut ne durer que quelques heures, souvent aussi plusieurs jours, et la densité redevient peu à peu normale, puis subit une diminution, parfois encore très notable, et devient de nouveau normale. Le poids spécifique du sérum sanguin subit des variations dans le même sens, moins accusée. il est vrai, ou reste tout à fait constant. Une série de déterminations comparatives avec l'appareil de numération des globules de Thomas-Zeiss ont montré à Schlesinger d'une façon certaine, que toute augmentation du poids spécifique du sang correspond à une augmentation relative, souvent très considérable du nombre des érythrocytes, toute diminution à une diminution du nombre des globules rouges du sang.

b) Influence de l'huile grise (Lang) sur le sang.

Dans les deux cas examinés par l'auteur, les injections ont été faites avec l'huile grise à 30 0/0 de Lang, une division et demie d'une seringue de Pravaz, une fois chaque semaine. Après une observation de 5 semaines dans un cas et de 8 semaines dans l'autre, on ne constata une modification appréciable ni de la densité du sang ni du nombre des globules rouges

c) Traitement par des doses élevées d'onguent gris.

Des observations de l'auteur, il résulte que dans les cures de frictions la densité du sang et le nombre des globules rouges ne doivent pas subir de variations importantes pendant toute la durée du traitement antisyphilitique.

d) Influence d'autres médications.

Le naphtol et la chrysorobine ont une action analogue à celle du sublimé. Acide pyrogatlique. — L'auteur a examiné l'action de l'acide pyrogallique sur la densité du sang chez environ 20 individus. Il n'a pu constater aucun rapport régulier précis entre les modifications du sang et l'application de l'acide pyrogallique. Il en a été ainsi chez des malades (psoriasiques) traités pendant des semaines avec une pommade à 10 et 20 0/0; on ne trouvait, durant tout ce traitement, aucun changement du poids spécifique.

Goudron. — Dans tous les cas, l'auteur a constaté qu'il suffisait fréquemment d'une application de quelques heures des préparations de goudron pour provoquer des modifications souvent très considérables de la densité du sang. Dans des cas rares, il se produit d'abord une augmentation très faible du poids spécifique du sang, mais en général, ce dernier diminue beaucoup et très rapidement, et redevient normal au bout de quelques jours.

A. Doyon,

Eczéma. — Colombini. Sull'eczema acuto del labbro inferiore (catocheilite dei mietitori). (La Riforma medica, 29 et 30 novembre et 1° décembre 1892, p. 579, 591 et 603.)

Colombini rapporte deux observations, recueillies à la clinique de Barduzzi, de l'affection décrite par Moretti et Jaja (voir *Annales de dermatologie*, 1887, p. 784), et par Tommasoli, comme une lésion de la lèvre survenant pendant la saison chaude chez les sujets vivant à la campagne.

Ces deux observations ont trait à des sujets habitant les environs de Sienne, chez lesquels l'affection se développa pendant la moisson.

Il considère cette affection comme une eczéma aigu, se développant dans les saisons chaudes, chez les sujets qui s'exposent longtemps à l'action du soleil; cet eczéma n'est pas transmissible ni inoculable et ne doit pas être considéré comme produit par un agent parasitaire; il présente une symptomatologie et une marche spéciale, surtout en raison de la structure histologique de l'organe atteint et la présence de micro-organismes pyogènes.

Georges Thiblerge

Eczéma réflexe. — Isadore Dyer. Reflex eczema in children, with a clinical analysis of thirty selected cases. (Medical Record, 21 janvier 1893, p. 69.)

L'auteur décrit comme forme spéciale d'eczéma des enfants ce qu'il appelle l'eczéma neurotique ou réflexe. Il a le tort, d'après nous, de donner cette conception comme lui appartenant, alors que de nombreux auteurs, et Unna tout le premier, en ont déjà parlé avant lui et en ont publié des descriptions qu'il n'a fait en somme que reproduire. Ces réserves nécessaires formulées, nous nous empressons de reconnaître que son court article est assez intéressant. Il insiste sur ce fait que cette variété d'eczéma n'attaque jamais les plis articulaires ou les orifices muqueux; l'éruption est presque toujours bilatérale symétrique: chaque placard est limité par un bord nettement arrêté. Ce sont les surfaces d'extension des extrémités qui sont tout d'abord intéressées, ce n'est que

pli

at

pe

sai

tui

car

c'e

éct

un

Ec

bla

L'e

1

I

gue

nitr

P

blan

san une

d'av

pea

mou

ren

l'ea

soir

actio

les

suiv

L

est

plus tard que le tronc puis que le dos se prennent. Comme autres régions atteintes il faut citer les joues, le front, le menton, les oreilles, et même le cuir chevelu, mais toujours, même dans les cas les plus graves, il persiste une zone indemne autour des yeux, du nez et de la bouche. On peut parfois avec un traitement local approprié améliorer l'éruption, même la faire disparaître, mais elle récidive avec la plus grande ténacité pendant des mois et même pendant des années. Le début a lieu peu après la naissance. Le prurit est des plus intenses, surtout vers le soir.

Dans tous ces cas l'auteur croit qu'il faut rechercher dans la constitution de l'enfant une lésion quelconque dont la présence constitue la cause réelle de l'eczéma, lequel apparaît par voie réflexe. Chez les uns c'est la dentition, chez d'autres la constipation, l'excès de nourriture, les écarts de régime, l'asthme, le phimosis, etc.... et lorsque le malade est un nourrisson la mauvaise alimentation, la constipation, etc... de la nourrice. Pour obtenir la guérison il faut avant tout s'attaquer à cette cause première.

L. B.

Eczéma; traitement. — Drews. Ueber Ekzem und seine Behandlung mit Zinköl. (Wiener med. Wochenschrift, 1892, p. 1968.)

Sous le nom d'huile à l'oxyde de zinc, l'auteur a formulé une pâte molle, blanche, constituée par un mélange d'oxyde de zinc et d'huile d'olive; le mélange est plus ou moins épais, suivant la proportion de sel de zinc. L'emploi de cette pâte a donné de très bons résultats dans le traitement de diverses maladies de la peau, surtout dans l'eczéma.

Mais c'est surtout dans les eczémas de l'enfance que cette préparation est efficace.

Dans beaucoup de cas, par exemple dans l'intertrigo, elle amène la guérison plus rapidement que les badigeonnages avec la solution de nitrate d'argent à 1 ou 3 0/0. Voici la formule de l'auteur :

Pour une pâte molle.

On enlève d'abord la sécrétion des surfaces eczémateuses avec de l'eau blanche. Quand toutes les croûtes sont tombées, on essuie avec de l'ouate, sans frotter, et on applique l'huile à l'aide d'un pinceau. La pâte forme une croûte protectrice contre la poussière et les germes, sans être obligé d'avoir recours à un autre pansement. Dans l'intertrigo des replis de la peau, on met de l'ouate par-dessus la pâte pour tenir les plis écartés, empêcher le contact des surfaces malades. Aux parties génitales et à l'anus, on entoure les surfaces badigeonnées avec des bandes épaisses de mousseline pour éviter que l'huile ne soit essuyée par les langes. On renouvelle ces badigeonnages tous les matins après lavage préalable avec l'eau blanche; pour les parties génitales et les cuisses, on les fait matin et soir. Le prurit cède très rapidement.

Le traitement par l'eau blanche et l'huile à l'oxyde de zinc exerce cette action favorable, non seulement dans l'eczéma infantile, mais encore dans les eczémas chroniques, chez les sujets âgés, comme le prouve le cas

suivant :

t

.

e

e

Il s'agit d'une femme de 70 ans, atteinte depuis plus de 10 ans d'un eczéma à sécrétion muco-purulente très abondante de toute la peau du thorax, recouvert de croûtes épaisses et avec infiltration légère du tégument. Tous les traitements avaient échoué. L'auteur fit appliquer des compresses imbibées d'eau blanche pour ramollir les croûtes. Le pruit disparut presque immédiatement. Après la chute des croûtes, lavage avec l'eau blanche, et ensuite badigeonnage matin et soir avec de l'huile à l'oxyde de zinc. Trois semaines plus tard, la malade s'en alla guérie.

L'auteur indique encore un autre emploi de l'huile à l'oxyde de zinc pour la prophylaxie de l'eczéma et pour empêcher la macération de la peau par les liquides antiseptiques des pansements humides. Il suffit, dans ces cas, de badigeonner la peau entourant la plaie avec de l'huile à l'oxyde de zinc,

Selon Drews, le traitement par l'eau blanche et l'huile à l'oxyde de zinc est surtout indiqué dans les eczémas de l'enfance, et il est le meilleur qu'on puisse employer dans l'intertrigo des nouveau-nés.

A. Doyon,

06

S

aı

p li

tr

Eruptions médicamenteuses. — Forster. Ein weiterer Fall von Braunfärbung der Haut nach längeren Arsengebrauch. (Berliner klin. Wochenschrift, 1892, p. 262.)

Chez un garçon de 8 ans qui, en raison d'une chorée, avait pris 35 gram. de liqueur d'arsénite de potasse à raison de 4 à 8 gouttes, trois fois par jour, l'auteur a observé une coloration brune de la peau du tronc, accompagnée de prurit. On ne constatait ni symptômes de la maladie de Basedow ni hypertrophie du foie ou de la rate. A plusieurs reprises on cessa l'arsenic et chaque fois on vit disparaître la pigmentation.

A. Doyon

Furonculose. — Mattgnon. Éruption furonculeuse limitée au côté de la face paralysé dans un cas d'hémiplégie gauche. (La Médecine moderne, 11 janvier 1893, p. 31.)

Femme de 53 ans, blanchisseuse, atteinte depuis 8 ans de névralgie faciale droite, prise brusquement d'hémiplégie gauche; on la soumet à l'usage de l'iodure de potassium (1 gramme par jour). Au bout de 12 jours, premier furoncle au niveau du pli naso-génien gauche; 3 jours plus tard, 2 petits furoncles sur le front ayant plutôt l'aspect d'acné furonculeuse; dans l'espace de 3 semaines, succession d'une vingtaine de furoncles dont deux très volumineux et renfermant pour la plupart un bourbillon; ces furoncles occupent toute la moitié gauche de la face et du cuir chevelu; polyurie, mais pas de sucre, ni d'albumine dans l'urine.

L'auteur pense que le côté paralysé a offert au développement des furoncles un terrain particulièrement propice.

GEORGES THIBIERGE.

Hypertrichose. — Joseph. Ueber Hypertrichosis auf pigmentirter Haut. (Berliner klin. Wochenschrift, 1892, p. 163.)

L'auteur a eu l'occasion de voir une affection de ce genre chez une fille

d'un an et demi. Il s'agit d'un enfant robuste dont la chevelure était déjà assez développée au moment de la naissance. Actuellement ils ont 10 à 12 cent de long. Le cou, le dos, la poitrine, la plus grande partie du bras gauche et une petite étendue du bras droit sont le siège d'un nævus pilaire pigmentaire semblable à la peau d'un animal. Il y a en outre un grand nombre de petits nævi disséminés en différentes régions.

Le grand nævus a sa limite supérieure au sommet de la protubérance occipitale externe, s'étendant d'une oreille à l'autre, puis il suit le bord postérieur de la mâchoire inférieure de chaque côté et descend en avant jusqu'au niveau du cartilage thyroïde. Sur le dos, les bords inférieurs de la 12° côte de chaque côté forment la limite inférieure. En outre la limite inférieure sur le côté gauche du thorax se trouve dans la ligne scapulaire à la hauteur de la 9° côte, dans la ligne moyenne de l'aisselle au bord inférieur de la 7° côte, dans la ligne mamillaire au-dessous du sein au bord inférieur de la 5° côte, dans la ligne sternale à 1 cent. audessous de l'appendice xiphoïde.

La couleur de la peau pigmentée est en général brun chocolat, un peu plus claire sur la partie antérieure du cou. La peau en quelques points est lisse, en d'autres inégale et épaissie. Sur le dos plusieurs tumeurs molluscoïdes fibreuses du volume d'une prune. Les poils sur toutes ces régions très pigmentées sont en proportion très variable. Sur le cou, la poitrine, à la partie supérieure du côté gauche, les deux creux axillaires, ainsi que les faces de flexion du bras gauche sont très peu velues. La partie infé-

rieure de la poitrine est plus velue, surtout du côté droit.

Outre ce grand nævus, il y a dissiminés irrégulièrement sur le corps 70 à 80 nævi environ, du volume d'une tête d'épingle à celui d'un œuf de pigeon, brun foncé, plus ou moins saillants, les uns lisses, les autres verruqueux recouverts ou non de poils. Ceux situés sur la face lui donnent un aspect désagréable. Aucun de ces nævi ne suivait le trajet d'un nerf; la répartition du pigment et des poils était symétrique.

L'examen microscopique d'un fragment du nævus du dos donna les résultats suivants : dans le derme, infiltration de cellules fusiformes à gros noyaux disposées en nids et cordons ou réparties d'une manière plus diffuse. Cet état était analogue aux modifications trouvées par Demieville

dans les taches pigmentaires de la peau.

Comme dans l'hypertrichose siégeant sur une peau normale on n'a jamais rencontré un dépôt analogue de cellules, l'auteur arrive à cette conclusion qu'il faut séparer strictement de cette affection l'hypertrichose

ayant son siège sur une peau pigmentée.

Pour les petits nævi, notamment ceux de la face, l'auteur a employé l'électrolyse avec succès. Les cicatrices que l'on obtient, avec cette méthode sont situées au niveau de la peau environnante dont elles se distinguent à peine.

A. Doyon.

Lupus. — Philippson. Zwei Fälle von Lupus vulgaris disseminatus an Anschlus an acute Exantheme. (Berliner klin Wochenschrift, 1892, p. 358.)

L'auteur a observé les deux cas suivants :

1º Une fille de 11 ans, d'une famille saine, notamment jamais de phtisie,

eut à l'âge de 7 ans la scarlatine. Après la guérison de cet exanthème survinrent, au dire des parents, au bout d'un temps relativement court, des papules rouges disséminées sur tout le corps. L'éruption fut traitée pendant des mois avec des remèdes doux et ce n'est que plus tard qu'on reconnut qu'il s'agissait d'un lupus. L'examen histologique confirma le diagnostic.

2º Le second cas concernait une fille de 12 ans qui, à l'âge de trois ans, eut également la scarlatine, à laquelle s'ajouta très rapidement la maladie actuelle. Les parents n'ont jamais eu aucune affection de ce genre; la mère est morte de phtisie pulmonaire. Les nodosités lupiques sont comme

chez la première malade disséminées sur tout le corps.

Ces deux cas se distinguent par le nombre extrêmement considérable des papules et par l'expansion relativement rapide sur tout le corps. La multiplicité des foyers n'est pas rare dans le lupus, mais dans ces deux cas elle a été réellement exceptionnelle. Dans le premier cas on comptait environ 150 papules disséminées, dont 70 sur les membres inférieurs, 40 sur les membres supérieurs, les autres étaient réparties sur la tête et le tronc. Dans le second cas le nombre des foyers lupiques était de 27.

Ernest Besnier a observé en 1889 un cas analogue chez une petite fille de 4 ans qui, deux mois après la rougeole, présenta des papules de lupus à la face et sur le corps et un an après des papules typiques de même nature au nombre d'environ 40, disséminées sur tout le corps (Annales de dermatologie, 1889). A. Doyon.

## Lupus. — Wolters. Ueber Inoculations lupus. (Deutsche med. Wochenschrift, 1892, p. 808.)

Des deux cas rapportés par l'auteur l'un concerne un garçon de 6 ans, bien portant, sans antécédents héréditaires.

Il y a deux ans il a été blessé à la joue droite tout près de l'angle externe de l'œil avec la pointe d'une fourche à fumier. La plaie se cicatrisa rapidement. Au bout d'un an la cicatrice s'excoria spontanément.

Au moment de l'entrée du malade à la clinique il existait dans la région indiquée ci-dessus une plaque rouge de la dimension d'une pièco de 50 centimes, au centre de la cicatrice petites excoriations recouvertes de croûtes. Tout le rebord rouge un peu élevé au-dessus du centre est le siège de papules rouge brun. Les ganglions lymphatiques, principalement du cou et de la région maxillaire, ne sont pas tuméfiés. Après deux injections de tuberculine comprenant 1/2 milligr., dont la seconde fut suivie d'une réaction locale évidente on excisa le point malade. Cicatrice linéaire, le malade quitte l'hôpital 15 jours après l'opération, pas de récidive. L'examen microscopique montra qu'il s'agissait d'un lupus vulgaire typique.

Le second malade a été présenté à la Société médicale du Bas-Rhin par le professeur Doutrelepont. Il s'agit d'un étudiant en médecine de 22 ans. Parents sains, pas d'antécédents héréditaires, le malade a toujours été bien portant, jamais ni engorgements ganglionnaires ni toux. Dans un duel il reçut plusieurs estafilades sur le côté droit de la tête qui furent réunies par des points de suture qu'on enleva quatre jours après, les plaies n'étaient encore réunies que superficiellement. Prurit et grattage au niveau des plaies. A l'époque du duel et après que ce jeune homme fut rentré à la clinique de Strasbourg il eut chaque jour de nombreux examens de crachats à faire.

Durant cette période, qui remonte au 5° jour après le duel, il se grattait souvent la tête et enlevait les croûtes qui recouvraient la plaie, il remarqua que ses doigts étaient après le grattage souvent humides. Quand le prurit était apaisé il examinait des crachats de tuberculeux et grattait ensuite avec ses doigts non désinfectés les plaies en voie de cicatrisation.

Deux mois après comme le malade assistait à une autopsie, on constata l'affection actuelle du cuir chevelu et on le présenta à la clinique. Le malade fit observer que, dans ce duel, les épées avaient été désinfectées et que par conséquent il fallait exclure toute infection par cette voie. Actuellement ce malade présente sur le côté droit du crâne, un peu au-dessus de l'oreille, une cicatrice rouge, légèrement saillante, à peu près de la dimension d'une pièce d'un franc. Dans la cicatrice, 7 à 8 papules rouge brun, les unes en desquamation légère, les autres recouvertes de petites croûtelles. Sur la partie antérieure de la tête, quatre autres cicatrices, dans deux d'entre elles 5 à 6 papules. Les ganglions cervicaux et sous-maxillaires ne sont pas engorgés. Sur un fragment de tissu excisé par le professeur Doutrelepont on trouva des bacilles tuberculeux en petit nombre, mais nettement caractérisés. Le traitement consista dans l'excision de la grande cicatrice et pansement avec la gaze iodoformée après désinfection préalable. Les papules des autres cicatrices furent détruites avec le galvanocautère. Ces deux cas sont intéressants, en ce que chez des sujets absolument sains, sans tare héréditaire, on voit apparaître des processus morbides qui, au bout de peu de temps, présentaient l'aspect d'un lupus typique. La couleur, la consistance et les papules caractéristiques du lupus ne laissaient aucun doute sur le diagnostic.

Dans ces deux cas la maladie a eu son point de départ dans une blessure de la peau. Dans le premier, la fourche pénétra dans le derme et détermina une plaie qui, infectée spécifiquement, eut pour conséquence un lupus; toutefois dans ce cas il est impossible de dire d'où est venue l'infection. Chez le second malade il en est tout autrement, on a affaire ici à un véritable lupus d'inoculation presque analogue à celui résultant d'une expérimentation.

A. Doyon.

Maladie d'Addison. — Lewin. Ueber Morbus Addisonii, 2º partie. Tirage à part des *Annales de la Charité*, t. XVII. Broch. in-8º de 205 pages, Berlin, 1892.

L'auteur dans un précédent travail avait publié 300 cas de maladie d'Addison recueillis dans la science, ainsi que d'autres cas qu'il avait observés personnellement. Il avait cherché en même temps, en s'appuyant sur les recherches expérimentales des auteurs et sur les siennes propres, à expliquer les principaux symptômes de cette affection. Depuis lors il a continué à étudier la nature encore si énigmatique de cette maladie à l'aide de la statistique et de nouvelles expérimentations (1).

(1) L'auteur après avoir rassemblé lui-même et dépouillé depuis nombre d'années

Le travail actuel comprend l'analyse statistique de 500 cas de maladie d'Addison.

Voici les résultats auxquels il est arrivé :

Étiologie — Les hommes paraissent être un peu plus prédisposés à cette maladie que les femmes. 163 cas concernent des hommes et 108 des femmes, soit 60 p. 100 contre 40 p. 100. C'est à l'âge moyen de la vie que cette affection s'observe le plus ordinairement. Les occupations ne semblent pas exercer d'influence décisive sur son apparition.

Relativement à l'hérédité on ne peut attribuer aucune action à la tuberculose, à la syphilis, à l'alcoolisme. Si dans une série de cas on a noté le surmenage, les chagrins, les privations, les refroidissements comme étiologie, ces causes occasionnelles sont si fréquentes qu'on ne peut leur attribuer aucune valeur spéciale. Comme maladies antérieures, l'auteur signale la fréquence relative de la fièvre intermittente, dans environ 7 p. 100 des cas.

Symptômes. — Le début de la maladie est en général précédé de troubles des voies digestives : constipation, diarrhée, nausées, vomissements, anorexie, sensations subjectives de douleurs dans le bas-ventre, de préférence localisées à l'épigastre ; comme conséquence très probable de ces troubles digestifs l'auteur a noté une détérioration de l'état général, se traduisant par de la faiblesse, l'amaigrissement progressif, des vertiges, des syncopes plus ou moins profondes.

Quant aux symptômes provenant d'autres organes, système nerveux, cœur, sang, reins, rien de particulier n'est signalé par Lewin.

Poumons. — Environ 80 0/0 de tous les cas de maladie d'Addison qui ont été autopsiés ayant présenté une dégénérescence tuberculeuse des organes, cela explique que les poumons, qui sont particulièrement prédisposés à la tuberculose, sont souvent aussi tuberculeux. Sur 207 autopsies on constata 160 fois des lésions tuberculeuses, soit 80 0/0 et 51 fois, c'est-à-dire 25 0/0 de phtisie.

Coloration de la peau. — On sait que c'est la coloration de la peau qui permet de faire le diagnostic de la maladie d'Addison. L'auteur entre à ce sujet dans une description détaillée sur l'intensité, les nuances, la répartition de la couleur sur le corps. La coloration de la peau d'un individu atteint de maladie d'Addison n'est pas la même pendant tout le cours de la maladie; la peau peut parcourir toute une gamme de tons et les descriptions des auteurs varient suivant le moment où ils observent le malade. La coloration de la peau n'est pas proportionnelle à l'intensité, à la durée de la maladie, aux complications et aux affections accessoires. La teinte bronzée est un symptôme tardif de la maladie. En général la coloration de la peau progresse peu à peu sans que l'on puisse tirer aucun pronostic de son extension rapide. La statistique ne fournit aucun résultat précis

les matériaux du travail actuel pour former une statistique très exacte comprenant 684 cas, a confié à son assistant, le D<sup>r</sup> Heller, la rédaction de la plus grande partie de cette étude. Un certain nombre de conclusions qui, il est vrai, paraissent découler uniquement des chiffres pourrait, si on se placait à un autre point de vue, subir des modifications que Lewin se propose d'indiquer dans un troisième mémoire sur la maladie d'Addison.

co

tio

du

m

en

na

ty

da

p

quant à la distribution de la pigmentation sur les différentes régions du corps. Toutefois dans 22 0/0 des cas, on trouve indiquées des pigmentations des lèvres, de la muqueuse buccale, des gencives, de la langue, du palais.

Anatomie pathologique. — Capsules surrénales. Les résultats de l'examen anatomo-pathologique de ces organes énigmatiques présentant un très grand intérêt, en raison de ce que Addison admettait un rapport direct entre la coloration bronzée de la peau et la maladie des capsules surrénales. Dans la statistique de Lewin nous voyons que: dans 12 0/0 des cas typiques de maladie d'Addison les capsules surrénales étaient saines; dans 88 0/0 les capsules surrénales étaient malades; dans 28 0/0 les capsules surrénales étaient malades, mais sans coloration bronzée; dans 72 0/0 les capsules surrénales étaient malades avec coloration bronzée.

Cette statistique prouve que la maladie des capsules surrénales et la peau bronzée n'ont pas entre elles un simple rapport de cause à effet.

Dans ces derniers temps on a attaché une grande importance au grand sympathique. On croyait pouvoir expliquer la nature de la maladie d'Addison par des lésions du sympathique ou de ses ganglions.

Voici le relevé de la statistique de l'auteur : le symphathique était malade 7 fois sur 15 cas ; le nerf splanchnique 4 fois sur 6 ; le plexus solaire 15 fois sur 18 ; le ganglion semi-lunaire 28 fois sur 30 ; en somme le symphatique était malade 52 fois sur 69 cas. Dans 17 cas il fut trouvé sain.

Chronologiquement, aux 450 cas de la première série publiés en détail sur la maladie du sympathique (Sanderson, 187), il faut en ajouter encore environ 250 avec 20 cas correspondants. Par conséquent, on n'aurait trouvé le sympathique malade que dans environ 8 p. 100 des cas. Un point très essentiel à signaler c'est que dans 17 cas, malgré un examen macroscopique très attentif, le réseau du sympathique était absolument sain. Par contre, le fait observé par Virchow a une très grande importance : dans un cas typique de maladie d'Addision il trouva les capsules surrénales, les ganglions, le sympathique tout à fait normaux. Il en résulte donc que d'autres facteurs jouent encore un rôle dans la pathogenèse de cette affection.

Selon Lewin, le diagnostic de la maladie d'Addison est aussi facile dans les cas typiques qu'il est difficile, voire même impossible dans les cas atypiques. La modification de la couleur de la peau est pour lui la condition sine quâ non du diagnostic. Mais en règle générale on ne se prononcera que si, outre la coloration bronzée, il y a des symptômes généraux, de la faiblesse, des troubles digestifs, des douleurs épigastriques.

Quant au pronostic de la maladie d'Addison, il est très grave. D'après les statistiques de Lewin, la mortalité serait de 83 p. 100. La durée de cette affection est très variable, elle serait en moyenne de deux ans.

Tant que la nature de la maladie ne sera pas connue il ne saurait être question d'un traitement rationnel. A l'heure actuelle, on est obligé de se borner à prescrire une bonne alimentation et à relever la force de résistance de l'organisme.

Le mémoire se termine par le tableau des 412 cas publiés antérieurement et disposés par ordre chronologique. A. Dovon.

# Maladie de Raynaud. — F. De Grazia. La nevrite periferica nella malattia di Raynaud. (La Riforma medica, 6 octobre 1892, p. 38.)

Fillette de 11 ans, ayant eu la fièvre typhoïde il y a un an, et atteinte depuis quelque temps de gangrène de plusieurs doigts des deux mains, pour laquelle on pratique la désarticulation de toutes les phalanges des deux mains à l'exception de celles du pouce droit.

L'examen histologique a porté sur le médius gauche, atteint de gangrène sèche à la face dorsale et humide à la face palmaire, avec flexion angulaire de la phalangine sur la phalange; les lésions gangréneuses portent sur presque toute l'étendue du doigt, limitées par une ligne circulaire assez nette au niveau de l'articulation phalango-phalanginienne, avec des taches noirâtres irrégulières sur la phalange. Les divers tissus présentaient les lésions propres à la gangrène ; mais les vaisseaux, artères et veines, n'offraient aucune altération particulière en aucun point de leur trajet, ni coagulation, ni altération de leur paroi interne périvasculaire, il y avait seulement par places des extravasations sanguines dans les tuniques d'une des collatérales, et, dans le tissu cellulaire. Par contre les nerfs étaient le siège de lésions importantes ; l'épinèvre et le périnèvre des rameaux collatéraux du doigt étaient fortement augmentés de volume, l'endonèvre était également un peu tuméfié, quelques fibres étaient peu altérées, sur d'autres on ne pouvait plus distinguer le cylindre axe de la gaine de myéline, d'autres étaient fortement augmentées de volume, les vasi nervorum étaient un peu dilatés et remplis de globules rouges; à l'extrémité du doigt, les lésions étaient encore plus considérables, l'épinèvre et le périnèvre plus fortement tuméfiés, les fibres nerveuses en grande partie disparues, les faisceaux nerveux réduits à l'état d'une masse de tissu conjonctif au milieu de laquelle étaient disséminées quelques fibres nerveuses persistantes; même dans les petites ramifications nerveuses, le périnèvre était fortement épaissi et l'endonèvre également augmenté de volume : une ramification nerveuse renfermait une extravasation sanguine au milieu de ses fibres.

L'auteur considère ces lésions nerveuses comme antérieures à la gangrène en se basant sur les recherches de Vulpian, d'après lesquelles les nerfs résistent aux causes de destruction, et sur les travaux de Leloir et Déjerine, de Pitres et Vaillard qui ont trouvé les nerfs intacts dans des cas de gangrène vulgaire indépendante du système nerveux. Il fait remarquer en outre que les douleurs précèdent la gangrène dans la maladie de Raynaud, et il considère celle-ci comme le résultat d'une névrite, consécutive à une maladie infectieuse ou à une intoxication; cependant il reconnaît que toutes les névrites et toutes les sections nerveuses ne produisent par la gangrène et que celle-ci nécessite l'intervention de quelque causes peut-être un trouble circulatoire ou une lésion vasculaire, venant ajouter son action à celle de la lésion nerveuse.

Georges Thiblerge.

# Nævus. — J. Muller. Ein Fall von Naevus verrucosus unius lateris, (Archiv. f. Dermatologie u. Syphilis, 1892, p. 21.)

Il s'agit d'un cas classique de nævus verruqueux unilatéral chez un homme de 37 ans. On remarqua cette anomalie immédiatement après la

la

S

di

di

CI

m

ri

N

naissance, la mère l'attribua à une « envie » pendant sa grossesse. Pas d'hérédité. Le nævus occupait la moitié droite du corps : le tronc, le cou et la tête sont envahis d'une manière diffuse sauf en quelques points; sur les membres au contraire, les lésions se présentent sous forme de traînées. Sur la partie antérieure le nævus occupe exactement la ligne médiane.

L'auteur indique d'une manière très précise les limites du nævus, la disposition des efflorescences verruqueuses, les différences qu'elles présentent sous le rapport des pigmentations, de leur consistance. A la face,

elles sont molles, veloutées et ont une légère teinte brune.

La moitié gauche du corps est tout à fait indemne; les poils de la barbe du côté droit sont blond clair, lanugineux; à gauche, au contraire, ils sont noirs, épais, bien développés. On observe les mêmes différences sur le cuir chevelu. Il faut admettre ici, en raison de la grande expansion de la maladie, une altération du système nerveux plus centrale que périphérique. En certains points aussi, le nævus était plus caractérisé; la moitié supérieure du cou et de la nuque, le bord supérieur adhérent de l'oreille, le creux de l'aisselle, le pli fémoro-scrotal, régions qui sont exposées à des irritations de différente nature.

A. Doyon.

Nævus. — W. Petersen. Ein Fall von multiplen Knäueldrüsengeschwülsten unter dem Bilde eines Nävus verrucosus unius lateris. (Archiv. f. Dermatologie u. Syphilis, 1892, p. 919.)

Ce cas concerne une fille de 20 ans dont les parents sont sains. Pas de maladie héréditaire. L'affection actuelle existerait depuis la naissance de la malade; les lésions se sont développées lentement, en quelque sorte avec elle. Il est impossible de préciser l'époque à laquelle les tumeurs se sont ulcérées. En 1889 et en 1890, on a opéré cette malade d'un fibrome naso-pharyngien du côté droit.

Le 8 février 1890, elle entre à la clinique du professeur Doutrelepont.

L'affection consiste actuellement en petites tumeurs papillaires, dures, d'une grosseur variant de celle d'un pois à celle d'une cerise; la plupart d'entre elles sont ulcérées et recouvertes de granulations rouge vif. Au niveau de la nuque du côté droit se trouvent deux de ces tumeurs; elles sont pédiculées et leur coloration est normale. En dehors de ces tumeurs, il en est d'autres plus petites, confluentes. Plus en avant, excroissances analogues dont la surface est légèrement exulcérée. Le tronc, les bras et la jambe gauche sont tout à fait indemnes, Mais par contre, c'est la jambe droite, et surtout sa face postérieure, qui est particulièrement envahie. Ici, sur une surface de 10 à 15 centim. de large et d'environ 30 centim. de long, commençant à la hauteur de l'épine postérieure et inférieure et se continuant obliquement en bas; la peau est parsemée de nombreuses granulations dures, petites, et même très petites, qui, en plusieurs points, se réunissent pour former des saillies aplaties, rugueuses, à bords irréguliers. A cette traînée se rattache, en bas et en dehors, environ vers le milieu de la cuisse, au niveau du muscle triceps, une tumeur de 12 centim. de long, de 6 centim. de large et d'environ 1 centim. 1/2 de haut, se terminant en pointe en haut et en bas, et qui est constituée par 12 à 14 petites tumeurs papillaires; ces dernières sont dures, brun jaunâtre, en général en forme de champignon, ulcérées superficiellement, recouvertes de granulations rouge vif, sécrétant un liquide séro-purulent abondant.

Toute la moitié gauche du corps est indemne, à l'exception de deux verrues brunes dans les régions lombaire et scapulaire.

On excisa plusieurs petites tumeurs, et déjà on put constater macroscopiquement qu'elles étaient de structure papillaire évidente. Dans le tissu dur, il existe de fines lacunes et de petits espaces creux isolés, à peine visibles, d'où par la pression on faisait sortir une petite quantité de matière compacte.

L'examen microscopique montre que l'épiderme est presque pariout plus ou moins distendu; il envoie de nombreux prolongements épithéliaux dans la profondeur; quelques-uns sont solides, non divisés, d'autres se terminent en boules, d'autres encore se ramifient à une distance plus ou moins grande de la surface, au point de prendre la forme d'une ramure de cerf; dans d'autres enfin, on peut reconnaître peu à peu une lumière dans ces prolongements solides qui forment ainsi une transition avec ceux qu'on peut suivre directement dans les canaux dont il va être question.

Les tumeurs présentent une structure adénoïde caractérisée. Sur les coupes transversales et longitudinales, on voit des cordons cellulaires qui, d'après leur structure, représentent des canaux glandulaires. Sur une membrane propre, fine, évidente, il y a un épithélium cubique à plusieurs couches qui, à l'intérieur, est coupé nettement vers une lumière, et, en quelques points, il existe une cuticule; sur d'autres canaux, on constate une désagrégation des couches internes de cellules.

Au milieu, on trouve de nombreux canaux à épithélium cylindrique, à une seule couche, souvent très élevé; ces canaux ne présentent que rarement une coupe transversale ou longitudinale régulière, mais ils sont très irrégulièrement recourbés et bosselés. La lumière des canaux est extrêmement variable, tandis que dans quelques-uns ce sont des fentes fines comme un cheveu, d'autres sont élargis au point de former des kystes. Ces kystes, ainsi que les simples canaux sont revêtus d'un épithélium cubique à plusieurs couches, qui au niveau de la lumière du kyste est désagrégé, en quelques endroits il manque même complètement, de telle sorte qu'en ce point la paroi n'est plus formée que de la membrane propre. Comme contenu, on trouve un détritus granuleux, dans lequel çà et là un noyau s'est encore coloré et dont on reconnaît bien les leucocytes. Il existe aussi une masse analogue dans quelques canaux. On peut suivre les canaux en plusieurs points jusqu'à la surface où ils se terminent sans modification de leur lumière ou en s'élargissant en forme d'entonnoir. Par contre on ne trouve pas de rapport évident entre un kyste et la surface. L'état des glandes glomérulaires était très variable dans les différentes tumeurs. Dans quelques tumeurs les glandes glomérulaires étaient rares, peu développées, dans d'autres elles étaient extrêmement nombreuses. Dans les points où un canal excréteur était en connexion directe avec un glomérule, ce dernier était assez fortement élargi, là il y avait des renslements circonscrits évidents et des prolongements arrondis formant des bourgeons. D'autres fois on constatait un rapport très net entre les canaux excréteurs et les canaux décrits ci-dessus. L'épithélium des conduits excréteurs était en général cubique, en quelques points seulement il y avait un épithélium cylindrique.

Le tissu conjonctif du chorion était le siège en différents points d'une infiltration cellulaire abondante; les vaisseaux étaient intacts. Il n'y avait que de rares glandes sébacées; nulle part il n'existait de rapport entre elles et les éléments des tumeurs. Les *Mastzellen* étaient très nombreuses, elles se trouvaient surtout dans le tissu graisseux sous-cutané.

Les tumeurs avaient, ainsi que le démontrent clairement les résultats de l'examen microscopique, leur point de départ dans les glandes glomérulaires. Ce qui le prouve surtout, c'est le type histologique des canaux qui, d'après la forme et le groupement des cellules, membrane propre, cuticule et calibre sont absolument semblables aux conduits excréteurs des glandes et en quelques points en connexion directe avec eux.

La présence fréquente d'épithélium cylindrique confirme aussi cette hypothèse. En outre, on ne trouvait aucun rapport appréciable avec les

glandes sébacées, les vaisseaux sanguins ou lymphatiques.

Il n'est pas vraisemblable que les altérations aient leur point de départ dans les glandes déjà formées, car en quelques points les glandes complètes manquent; les modifications décrites des conduits excréteurs ne sont pas assez caractérisées, leur rapport direct avec les éléments des tumeurs sont trop rarement appréciables pour leur attribuer un rôle important dans la formation des tumeurs.

Il y a bien plutôt lieu de considérer le processus pathologique comme étroitement lié au développement des glandes glomérulaires. Il est très probable que le processus de développement normal embryologique des glandes sudoripares a subi un trouble considérable; tout d'abord un nombre beaucoup plus important de prolongements qu'à l'état normal ont poussé en profondeur; en quelques points ils atteignent leur complet développement et amènent la formation de glandes le plus souvent hypertrophiées; par contre, d'autres prolongements ne pénètrent qu'à une certaine profondeur et se terminent en bouton; ou bien ils se bifurquent prématurément, prolifèrent dans les parties adjacentes, sont souvent entourés et détachés par du tissu conjonctif, preunent une lumière ou restent massifs; quelques canaux détachés sécrètent plus abondamment et par suite de l'absence d'un canal excréteur forment des kystes, etc.

Cette hypothèse permet d'expliquer naturellement et complètement le tableau microscopique si compliqué de ces lésions.

Dans le cas actuel il y a donc une maladie congénitale unilatérale typique, caractérisée par des tumeurs papillaires multiples, — par conséquent un nævus verruqueux unilatéral typique — qui doivent être rangées d'après leurs caractères histologiques dans les tumeurs des glandes glomérulaires.

Depuis que Bärensprung a appelé l'attention sur le nævus unilatéral, les observations se rapportant à cette affection se sont multipliées sans que le rapport avec des affections du système nerveux ait été notablement éclairci.

Un fait très remarquable est la relation des nævi avec le système de lignes de Voigt; dans le cas décrit ci-dessus, ce rapport est évident; les grosses tumeurs correspondent, tout ou moins à la face postérieure de la cuisse, exactement aux districts de séparation entre la sphère du nerf cutané fémoral postérieur et celle du nerf obturateur, nerf cutané fémoral latéral.

Les observations de ce genre sont de plus en plus nombreuses et rendent très vraisemblable l'hypothèse que ces districts de démarcation, qui ont une grande importance embryologique, constituent un terrain particulièrement favorable pour la formation des tumeurs.

Une étude attentive du système nerveux dans les cas de nævus unilatéral pourrait seule trancher la question de l'influence nerveuse, mais cette étude est encore à faire.

L'auteur fait ensuite une étude critique très complète de tous les cas de tumeurs des glandes sudoripares qui ont été publiés dans ces derniers temps.

Il n'a du reste pas trouvé dans la science un cas de tumeurs multiples congénitales des glandes glomérulaires analogue à celui décrit plus haut.

De plus, ce cas est une nouvelle preuve indiquant qu'on a réuni sous le nom collectif de nævus des productions extrêmement différentes; il serait peut-être temps de rompre le lien si fragile et si lâche des dispositions congénitales qui réunit les affections les plus diverses (papillome, fibrome, adénome, taches pigmentaires) et de désigner chacune de ces tumeurs d'après leur structure histologique.

A. Doyon.

Œdème cutané. — Banke. Zur Aetiologie des « acuten angioneurotischen » oder « umschriebenen Hautædem's ». (Berliner hlin. Wochenschrift, 1892, p. 114.)

L'auteur rapporte deux cas d'œdème aigu circonscrit de la peau. Le premier concerne une fille de 38 ans, née de parents nerveux. Depuis son enfance, elle a toujours été un peu anémique et nerveuse. Il y a trois ans, elle a présenté les symptômes caractérisés d'une névrose fonctionnelle générale, de l'hystérie. Depuis quelque temps, il est survenu chez cette malade, sur différentes régions du corps, mais toujours du côté droit, des tuméfactions de la peau qui apparaissaient subitement. Ces tuméfactions envahissent la peau et le tissu cellulaire sous-cutané; en général, leur dimension est plus grande que celle de la paume de la main et font une saillie de 2 à 3 centim. au-dessus de la peau environnante. Le plus ordinairement, elles surviennent au cou et à la nuque, mais toujours à droite, souvent aussi au niveau de la taille et du bras. Rarement le pied droit est le siège de cet œdème, et dans ce cas, le dos du pied et le voisinage de l'articulation tibio-tarsienne sont affectés.

Généralement, les tuméfactions se manifestent après un travail intellectuel, après une excitation, surtout après une colère ou une frayeur, dans ce dernier cas principalement à la face, sur la moitié droite.

L'autre cas est celui d'un homme de 40 ans, neurasthénique, irritable

d

ŧı

le

m

l'i

m

et

m

P

ch

gé

50

et hypochondriaque. Son état se caractérise surtout par de la céphalée, des vertiges, des bourdonnements d'oreilles, de l'insomnie, des douleurs spinales, ainsi que par des névralgies multiples qui sont en connexion avec des tuméfactions locales passagères de la peau. Ces tuméfactions surviennent d'ordinaire subitement, sans cause interne ou externe appréciable, elles se développent sous l'influence d'affections morales, d'excitations psychiques de nature très variable.

Selon l'auteur, il s'agit dans cette affection de névroses de la peau provoquées par des troubles du centre vaso-moteur, qui se traduisent par la contraction ou la paralysie des vaso-dilatateurs ou des vaso-constricteurs. Il croit que, suivant la nature spasmodique ou paralytique de ces troubles vaso-moteurs, on voit survenir consécutivement les différentes variétés de l'œdème neurasthénique qui a été décrit par les auteurs francais sous le nom d'œdème bleu et d'œdème blanc.

Le traitement est le même que celui des névroses, des états anémiques, etc.; il consiste essentiellement en une médication fortifiante générale, bains, réglme et genre de vie appropriés, séjour dans un air pur.

A. Doyon.

## Pelade. — Ferras. Contribution au traitement de la pelade. (Annales de la Société d'hydrologie médicale de Paris, 1892.)

Ferras insiste sur l'utilité qu'il y a à associer, dans la pelade, le traitement général aux applications locales et sur les résultats favorables obtenus au moyen de cette association dans les pelades rebelles. Il emploie les bains de sources sulfurées fortes, hyperthermales, de 20 à 30 ou 40 minutes de durée au maximum, pendant lesquels le malade arrose fréquemment sa tête et se masse vigoureusement et à la suite desquels on fait une friction sèche ou mieux un massage de 10 à 20 minutes de durée; en outre les douches chaudes de 3 à 5 minutes de durée, ou écossaises de 1 à 12 minutes d'eau sulfurée également forte, suivies d'une friction sèche et l'ingestion matin et soir de 60 à 200 grammes d'eau sulfurée. Comme moyens locaux, il prescrit la teinture d'iode pure appliquée chaque soir et la douche pulvérisée d'eau sulfurée à une température de 39° à 40° pendant 15 minutes au maximum. Il rapporte un certain nombre d'observations montrant l'efficacité de ce traitement.

Georges Thiblerge.

### Phtiriase pubienne. — Heisler. Pediculi pubis auf der behaarten Kopfhaut (Arch. f. Dermatologie u. Syphilis, 1892, p. 589)

L'auteur a vu, dans la clinique de Rona à Budapest, un garçon de 14 mois dont les cils, les sourcils, la région temporale, le vertex et l'occiput étaient envahis par de nombreux pous du pubis et dont les poils et les cheveux de ces régions sont occupés par leurs lentes.

Macroscopiquement et microscopiquement ces pous correspondaient exactement à ceux qui se trouvent habituellement sur les poils des parties génitales.

Cet enfant couchait depuis quelques mois avec la domestique de la maison.

A. Doyon.

ANN. DE DERMAT, - 3º s4c, T. IV.

e

Pityriasis rubra pilaire. — Сн. Audry. Étude sur le pityriasis rubra pilaire, 1889-1892. (Gazette hebdomadaire de médecine et de chirurgie, 14 janvier 1893, p. 14.)

Audry rappelle l'historique du pityriasis rubra pilaire dont il résume les caractères cliniques d'après les travaux de M. Besnier. Il résume les observations récemment publiées et rapporte un nouveau cas, à forme érythémateuse et exanthématique, sans cônes pilaires, dans lequel des lésions buccales d'origine syphilitique coïncidaient avec l'affection cutanée; il discute ensuite le diagnostic, discussion qui aurait mérité peutêtre d'être un peu plus étendue, car l'observation prête par plus d'un point à l'incertitude et au doute, notamment par l'absence de cônes épidermiques, par l'intensité du prurit et par la marche assez rapide des accidents; l'existence d'une syphilis récente, vraisemblablement traitée par le mercure, permet d'émettre l'hypothèse, non discutée par l'auteur, d'une hydrargyrie à forme anormale

L'auteur rapporte l'examen histologique d'un fragment de la peau, dans lequel il a constaté, au niveau des papilles et de la zone vasculaire une dilatation des vaisseaux avec diapédèse abondante, et un grand nombre de cellules embryonnaires infiltrant toutes les papilles qui sont sensiblement allongées; le corps muqueux est d'épaisseur très irrégulière, renferme une quantité assez notable de globules blancs déformés, les cellules de la couche granuleuse sont gorgées d'éléidine; les cellules des couches cornées renferment toutes un noyau. L'auteur insiste sur le caractère inflammatoire des lésions dermiques, dans lesquelles il a cru trouver des micro-organismes dont une étude plus attentive lui a démontré l'absence; il pense que des recherches ultérieures en établiront peutêtre l'existence.

Favus. — A. Reale. Intorno al « Nuovo metodo pratico per curarela tigna favosa » proposto dal D. G. Peroni di Torino. (La Riforma medica, 11 janvier 1893, p. 87.)

Reale a employé chez 4 malades de la clinique du professeur T. de Amicis le traitement proposé contre le favus par Peroni (voir Annales de dermatologie, 1891, p. 797) et consistant dans les pulvérisations d'acide acétique, l'emploi de l'onguent de Hebra et du savon au sublimé. Il conteste l'efficacité de ce traitement en se basant sur les observations de 4 malades chez lesquels, après l'emploi de ce traitement pendant 40 à 103 jours, l'examen microscopique révélait encore la présence du parasite. Il est d'ailleurs des plus sceptiques au sujet de l'efficacité de l'acide acétique, à doses non dangereuses, contre le favus.

Georges Thibierge.

Prurit. — F. Peyre Porcher. Ground itch. (Medical Record, 7 janvier 1893.)

L'auteur décrit sous ce nom « Prurit de terre » une affection qui est très fréquente dans certaines localités de l'Amérique, en particulier dans le

pa

av

ri

re

co

qu

ch

pe

qu

au

57

ď

ne

en

50

ch

dι

pe

le pl

si

ch

les districts maritimes de la Caroline du Sud. Elle siège aux orteils, se caractérise d'abord par de la rougeur et une inflammation modérées, puis par des papules et des vésicules qui crèvent, et s'accompagnent de sensation très vives de prurit et de brûlure : le malade se gratte, s'écorche, et produit des ulcérations blanchâtres vers les orteils, dans leur intervalle, avec du suintement eczémateux. Cette éruption est toujours circonscrite aux pieds : elle n'est nullement contagieuse. Elle se développe surtout chez les enfants qui marchent nu-pieds sur le sable ou sur le gazon humide. On a essayé beaucoup de topiques : c'est en somme le traitement local de l'eczéma ordinaire qui réussit.

L. B

Psoriasis; traitement. — HILLEBRAND. Beitrag zur Iodkaliumtherapie der Psoriasis. (Archiv. f. Dermatologie u. Syphilis, 1892, p. 931.)

On sait qu'Haslund a très vivement recommandé le traitement du psoriasis par des doses élevées d'iodure de potassium. Il a employé ce remède dans 60 cas, le plus souvent avec des résultats favorables. Il commence par 2 gr. par jour et arrive rapidement jusqu'à une dose quotidienne de 10 gr., puis il augmente chaque jour de 2 gr., de sorte qu'il donne des doses très fortes, dans un cas même jusqu'à 50 gr. chaque jour. A cette dose des accidents survinrent qui obligèrent de suspendre le traitement. Haslund se contente de 40 gr. par jour, mais il croit qu'on pourrait sans inconvénient administrer des doses plus élevées en procédant graduellement. Gutteling a confirmé cette manière de voir; cet auteur rapporte en effet 22 cas guéris avec des doses quotidiennes de 44 à 57 gr. Les observations de Molènes sur le même sujet sont bien connues.

Dans la première série de recherches, Haslund remarque que dans 10 cas seulement, chez des sujets âgés, il se produisit des symptômes d'intoxication qui exigèrent la suppression de l'emploi ultérieur de l'iodure de potassium. Dans une deuxième série comprenant 50 cas, sur 6 malades non guéris il y en eut 4 chez lesquels on fut obligé de suspendre la cure en raison d'un violent iodisme; deux concernaient des personnes âgées.

Il est vrai que parmi les personnes guéries il s'en trouvait deux de 50 et 55 ans qui ne présentèrent pas de phénomènes d'intoxication. En opposition aux deux cas de sujets Agés non guéris Haslund, constata que chez une fille de 14 ans et un garçon de 9 ans une dose maxima de 45 et

de 38 gr. fut très bien supportée.

En présence de ces faits il semblerait que l'iodure de potassium ne doit pas être administré, chez les sujets âgés, à des doses élevées en raison du danger d'intoxication qui les accompagne, par suite le psoriasis ne peut pas guérir. Suivant Ehlers les symptômes d'iodisme tiennent à la rétention de l'iode dans l'organisme. L'excrétion principale aurait lieu le premier jour et s'achèverait le deuxième jour, plus tard on ne trouverait plus que des traces dans l'urine. Dans tous les cas où l'élimination de l'iode descend au-dessous de 50 p. 100 il survient, selon cet auteur, des signes d'iodisme, qui disparaissent si l'élimination s'accentue. On sait que chez les nouveau-nés auxquels, par suite d'une syphilis héréditaire, on fait prendre de l'iodure de potassium, l'élimination se fait très lentement.

Si on injecte à un nouveau-né, immédiatement après sa naissance, 0,075 milligr. d'iodure de potassium dans une solution aqueuse, la durée de l'élimination varie entre 3 et 8 jours, celle de l'injection suivante entre 2 et 3 jours.

Mais ce que nous ne savons pas, c'est comment se fait l'élimination chez les enfants et les sujets âgés. Il existe incontestablement une différence entre les enfants et les adultes à ce point de vue, cela résulte de l'exa-

men des cas guéris et publiés par Haslund.

Ainsi il est évident d'après les tableaux de cet auteur que chez les enfants atteints de psoriasis, malgré la même dose moyenne de 13 gr. par jour et la même dose maxima de 22 gr. d'iodure de potassium, la durée de la cure fut de 22 jours plus longue que chez les adultes; la quantité totale d'iodure administrée a été plus considérable dans la même proportion. Donc la guérison du psoriasis avec l'iodure de potassium chez les enfants, exige plus de temps et relativement plus d'iodure que chez les adultes.

On ne sait pas encore si la durée de l'élimination de l'iodure de potassium joue ici un rôle et si cette élimination est essentiellement différente chez les enfants et les individus âgés, de ce qu'elle est chez les adultes entre 20 et 50 ans.

Des expériences instituées par l'auteur il résulte que l'iodure de potassium, administré à des enfants, exactement aux mêmes doses qu'aux adultes, n'est pas éliminé d'une manière sensiblement moins rapide. Chez les sujets àgés, l'élimination est au contraire essentiellement plus lente.

On sera donc tenu chez les enfants à un peu plus de précautions que chez les adultes, sans qu'il soit toutefois nécessaire d'abaisser très notablement les doses. Chez les individus âgés une grande prudence s'impose.

A. Doyon.

Ap

ag

SOI

cet

mo

ave

et (

gre

cor

Au

l'ar

cor

tion

éta

s'e

leu

(

il s

Il e

pos

Purpura. — D'Espine. Observation de purpura hemorrhagica avec œdèmes étendus de la peau. (Revue médicale de la Suisse romande, 20 juillet 1892, p. 449.)

Fillette de 7 ans, atteinte de rétrécissement avec insuffisance mitrale, prise d'œdème de la main gauche après avoir eu pendant quelques jours des raideurs dans les membres et des picotements aux pieds; le lendemain, l'œdème occupe l'avant-bras gauche et le dos des pieds; les jours suivants, épistaxis puis taches de purpura sur les membres inférieurs et supérieurs, puis œdème de la face, taches ecchymotiques du visage, puis œdème du cou et de la partie supérieure du sternum, où il est suivi du développement de taches purpuriques, apparition de nodosités ressemblant à celles de l'érythème noueux sur les avant-bras; quelques jours plus tard, crises de gastralgie et érythème annulaire sur les avant-bras, puis aux membres inférieurs.

L'auteur pense qu'il s'agit d'une maladie infectieuse. Il fait remarquer la succession du purpura et des manifestations érythémateuses et observe que ce cas vient à l'appui de l'identité nosologique du purpura de Henoch avec l'érythème polymorphe.

GEORGES THIBIERGE.

Sarcomatose cutanée. -- Touton. Ein durch Arsen geheilter Fall von sogenannter Hautsarkomatose auf leukämischer oder pseudoleukämischer Grundlage. Protozoënähnliche Gebilde (Russel'sche Köperchen in den Hauttumoren). Tirage à part de la Société de morphologie et de physiologie de Munich, 1892, n° 2.

Ce cas concerne un homme de 57 ans qui à part des hémorrhagies hémorrhoïdaires et une bronchite chronique, avait toujours été bien portant. Après des phénomènes persistants de toux et de faiblesse dans les jambes ce malade éprouva de la fin d'octobre au milieu de novembre 1890, une aggravation rapide de ces symptômes, compliqués d'inappétence, d'insomnie, de frissons le soir, de douleurs et de tuméfaction dans la région hépatique. En même temps il vit apparaître une éruption exceptionnellement abondante de nodosités dont les caractères histologiques étaient ceux d'un sarcome mixte, à cellules rondes et à cellules fusiformes. Cette éruption s'étendait à toute la surface cutanée et s'accompagnait de prurit, de sensation de brûlure et de douleurs aiguës, semblables à des crampes, de douleurs spontanées et à la pression dans les os, d'engorgement des ganglions sous-maxillaires, des ganglions inguinaux mais à moindre degré, plus tard de la région occipitale. Les gencives étaient engorgées comme dans le scorbut, odeur fétide de la bouche, infiltrats avec suppuration blanc jaunâtre des amygdales, ainsi que du palais et du voile du palais, de la lèvre supérieure, avec sécheresse et sensation de brûlure dans le cou et la bouche, en outre dureté de l'ouïe. Puis régression complète sous l'influence de l'arsenic. Plus tard, hémorrhagie intestinale et hémorrhagie par les voies aériennes et digestives. Guérison complète environ un an après le début de la maladie.

Ce cas présentait au point de vue du diagnostic de réelles difficultés. Au début on supposa naturellement qu'il s'agissait d'une maladie générale, bien que l'éruption cutanée, exceptionnellement abondante et frappante, dominàt de beaucoup la forme morbide. L'examen histologique et l'analogie que ce cas présentait avec ceux de Köbner, plus tard la guérison à l'aide de l'arsenic, indiquèrent nettement qu'il s'agissait de sarcomatose généralisée de la peau. Mais ce diagnostic ne satisfaisait pas complètement l'auteur parce qu'il était incomplet. Bien qu'il fût possible jusqu'à un certain point de regarder les symptômes consécutifs à l'éruption de la peau comme secondaires, dépendants d'elle, cette appréciation était pourtant inadmissible en raison des symptômes antérieurs. L'auteur s'en réfère aux communications d'Arning et de Joseph sur la pseudo-

leucémie de la peau.

Ces cas ne ressemblent pas entièrement à celui de Touton, seulement il s'agissait de tumeurs de même nature, avec symptômes généraux analogues. Il ne faut pas s'attendre à une concordance complète avec la maladie ordinaire d'Hodgking dont les caractères sont si variables. Il est très regrettable que dans le cas actuel on n'ait pas fait l'analyse du sang frais, par suite il est impossible de rejeter d'une manière positive le diagnostic de leucémie, d'autant plus que l'auteur trouva dans les coupes, outre de nombreux vaisseaux sanguins contenant du

sang normal, d'autres vaisseaux dans lesquels il y avait une quantité considérable de leucocytes, principalement à plusieurs noyaux, mais aussi à un seul noyau, de petits lymphocytes et des myélocytes à très gros noyaux, ces derniers toutefois étaient extrêmement rares. On n'a jusqu'à présent décrit qu'un très petit nombre de maladies de la peau dans la leucémie et la pseudo-leucémie, il n'est donc pas possible de faire le diagnostic différentiel d'après la seule affection cutanée. Kaposi dans sa lymphodermie pernicieuse d'origine leucémique signale avant tout, outre les nodosités, des infiltrats eczémateux diffus; il en est de même de Riehl dans le cas de leucémie du derme qu'il a récemment publié, mais par contre ces infiltrats manquent complètement dans les cas de leucémie de la peau de Biesiadecki, d'Hochsinger et de Schiff, de Neuberger, ainsi que dans ceux de pseudo-leucémie de la peau d'Arning et de Joseph, Or il est généralement admis par les pathologistes, que entre les deux maladies il y a une grande parenté qui, en dehors de l'analogie clinique, se traduit par la transformation assez fréquente de la pseudo-leucémie en vraie leucémie. Larazus a rapporté un cas de la clinique, de Leyden dans lequel, après la transformation de l'anémie pernicieuse en leucémie, il survint des tumeurs de la peau.

Dans le cas ci-dessus rapporté, on incisa un nodule et on voyait à l'œil nu qu'il se détachait nettement du tissu sain environnant. Il était constitué par des nids arrondis très confluents ou des traînées allongées. Ces nids et ces traînées examinés au microscope présentent des amas épais de cellules rondes ou qui deviennent facilement anguleuses par suite de leur pression réciproque. Le noyau est arrondi avec granulations grossières très fortement colorées. Il y a aussi de plus grosses cellules du même genre à deux noyaux, de grandes cellules ovales avec de-gros noyaux clairs, pauvres en chromatine, ainsi que de longs éléments fusiformes. Dans une petite fente lymphatique il y avait une mitose très caractéristique. Principalement autour des vaisseaux sanguins on trouvait aussi des leucocytes, pour la plupart polynucléaires.

Entre les nids de cellules le tissu conjonctif coloré pénètre en faisceaux épais, en fibres plus fines, voire même très fines.

Dans la masse même de la tumeur, il y a, çà et là, de petites coupes transversales des nerfs et de nombreux vaisseaux plus ou moins volumineux. A la limite inférieure ces vaisseaux acquièrent un calibre très prononcé, la plupart sont complètement oblitérés par des corpuscules sanguins altérés par l'alcool de la préparation, les corpuscules blancs à un ou à plusieurs noyaux sont parfois relativement très abondants et polymorphes.

Quant au revêtement épidermique de la tumeur, on constate que sur les côtés l'épiderme est normal tandis que sur la partie moyenne, nettement délimitée, il a un caractère tout à fait différent. Là, en effet, l'épiderme très aminci se confond en une traînée claire avec la couche supérieure du derme qui, à un faible grossissement et quand on la colore simplement avec l'hématoxyline, ne présente plus trace de corps papillaire.

Avec les couleurs d'aniline au contraire et surtout avec une coloration

d

r

na

Vä

tic

u

se

cu

se

ap

et.

ule

co

ne

air

leu

pla

rar

4 à

vif

plu

des

rar

diffuse d'éosine, cette traînée paraît plus foncée que la tumeur sousjacente. Un contraste plus accentué encore se produit avec la simple coloration d'hématoxyline entre cette traînée étroite du revêtement et la tumeur, au point que la zone supérieure avoisinante de celle-ci paraît précisément très riche en cellules et par conséquent foncée. Les noyaux de cellules de la traînée sont tous rétractés et aplatis horizontalement. On peut reconnaître la limite entre le derme et l'épiderme à l'état des vaisseaux qui sont ici très visibles.

Ces vaisseaux sont extrêmement élargis, béants et complètement obstrués par des thromboses brillantes, compactes, homogènes, rouge jaunâtre, ils se ramifient souvent presque sous la surface libre. Les couches supérieures ençore bien conservées de la tumeur renferment aussi des vaisseaux très dilatés. Quelques-uns remplis de sang se continuent directement dans la traînée atteinte de thrombose du revêtement. Dans cette

trainée il y a encore des granulations abondantes très brillantes.

De ce qui précède l'auteur croit pouvoir déduire le mode suivant de développement. La prolifération cellulaire commence au centre de la portion réticulaire du derme autour des vaisseaux. Il se produit, par la croissance rapide et par suite de la compression des veines en haut et en bas, une zone de stase dans les vaisseaux avoisinants. En bas la régularisation se fait facilement, mais en haut la circulation s'arrête bientôt (réseau vasculaire superficiel), les vaisseaux se thrombosent, leur sphère de nutrition se dessèche et se momifie. De cette surface desséchée la partie épidermique se détache d'abord sous forme de squame ou bien d'une croûte cutanée aplatie ou plus exactement d'une eschare foncée. Il en résulte des érosions aplaties, saignant facilement (gros vaisseaux dans la tumeur supérieure), et, par désagrégation ultérieure et infection secondaire éventuelle, des ulcères qui suppurent.

Dans les infundibuli de bon nombre de follicules pileux on trouve un coccus que l'auteur regarde comme le point de départ des colonies blanc laiteux qui poussent très rapidement et en abondance dans toutes les cultures. En dehors de ce diplococcus il ne pousse rien, et dans les coupes on ne trouve que ce coccus dans les follicules pileux et pas d'autres bactéries.

Dans toutes les coupes à double coloration avec l'hématoxyline et l'éosine ainsi qu'avec l'hématoxyline et la safranine, au milieu des nids cellulaires de la tumeur, il existe des corps très nombreux qui sont remarquables par leur grosseur ainsi que par leur coloration pure et très rouge, — le protoplasma des cellules de la tumeur présente constamment un ton mixte rouge bleuâtre. Ils constituent en général des éléments arrondis ou ovales, plus rarement allongés, munis d'une espèce de prolongement mousse et environ 4 à 5 fois plus gros que les cellules moyennes de la tumeur. Ils forment un conglomérat de globules plus ou moins volumineux, mûriformes, rouge vif; colorés avec la safranine, souvent d'un brillant intense et luisants, qui apparaissent le plus ordinairement tout à fait homogènes, parfois un peu plus clairs au centre, ils n'ont pas de membrane proprement dite; quand ils sont plus volumineux et confluents, ils sont séparés simplement les uns des autres par leurs lignes de contact. Entre ces globules, il y a un noyau rarement arrondi, et contenant des granulations colorées bleu intense. La

X

X

i-

ès

es

et

ur

e-

é-

re

il-

on

plupart du temps il a pris la forme de l'espace laissé libre entre les globules et s'étend par des appendices étroits entre ceux-ci, entourant plus ou moins complètement l'un ou l'autre d'entre eux, de sorte qu'il en résulte fréquemment l'aspect d'une étoile. L'auteur a vu rarement 2, une seule fois 3 de ces noyaux dans un élément. L'élément tout entier présentant un contour bosselé est entouré par une membrane homogène assez épaisse. Si un de ces éléments est traversé par une coupe on remarque que la masse centrale du corps est plus homogène et a pris une coloration rouge pâle. Cette substance centrale des éléments arrive jusqu'à la surface entre les globules plus petits qui la forment. Ces globules rouges dont la grosseur normale est d'environ le quart d'un corpuscule rouge du sang se trouvent fréquemment dans le sang qui remplit les vaisseaux sanguins, en groupes en forme de grappes, adhérant en général aux leucocytes mono ou polynucléaires. Dans le tissu conjonctif, au voisinage des vaisseaux sanguins, dans les fentes lymphatiques, il y a également des groupes de ces corps à l'état libre.

Les éléments trouvés dans ce cas sont-ils des protozoaires, autrement dit des sporozoaires? Tout en constatant la ressemblance qui existe entre eux, l'auteur n'est pas à même de le prouver.

Provisoirement on ne saurait décider d'une manière positive s'il existe des rapports entre les éléments semblables à des parasites et la maladie, et quels sont ces rapports. Leur abondance, leur présence, précisément dans les points où la prolifération est la plus accentuée, au centre de la tumeur complètement fermée, l'existence de globules libres dans le sang des veines et les parties adjacentes, dans une maladie du sang ou des organes hématopoiétiques permettent cependant de croire qu'il ne s'agit vraisemblablement pas ici d'éléments accidentels ou accessoires.

Depuis la présentation de son mémoire, l'auteur a continué ses recherches et il croit actuellement pouvoir dire avec une certitude à peu près complète qu'il ne s'agit pas de protozoaires. Il se rappelle avoir vu il y a deux ans, à l'occasion d'une communication de Nöggerath, une préparation des « fuchsine bodies » donnée par Russel lui-même. Ayant examiné de nouveau cette préparation, elle lui parut à première vue identique à ce qu'il avait trouvé, il y manquait, il est vrai, les gros éléments en grumeaux, fréquemment groupés par deux et trois. Il arriva au même résultat en lisant le travail de Russel, ainsi que ceux de Klien et d'Hauser. La méthode de coloration de Russel donna des résultats positifs. Weigert auquel Touton a montré ses préparations s'exprima immédiatement en faveur de l'identité avec les corpuscules de Russel. Neisser de son côté reconnut également la grande ressemblance avec les sporozoaires, et est disposé à admettre que les corpuscules de Russel leur sont peut-être identiques.

Sarcomatose cutanée. — G. Gatti. Sulla patogenesi della sarcomatosi cutanea (tre nuovi casi). (Giornale della R. Accademia di medicina di Torino, août 1892, p. 733.)

L'auteur rapporte 3 observations de sarcomatose cutanée. La première présente de grandes analogies avec le type Kaposi, mais el

d

lu

le

u

d

m

P

Si

le

e

H

en diffère en ce que les sarcomes ne sont pas globo-cellulaires et ne se développent pas toujours dans le derme; de plus, l'épiderme et le réticulum ne sont pas toujours intacts, une tumeur est ulcérée, beaucoup d'autres sont cornées.

La troisième observation se rapproche du type hypodermique globo-cellulaire simple de Perrin en raison de la limitation des tumeurs au tronc, de leur siège hypodermique, de l'absence du type angiomateux et de la pigmentation, mais en diffère par la présence de cellules polymorphes et par une légère coloration violette de quelques tumeurs.

La deuxième observation offre les mêmes caractéristiques que la précédente.

De l'étude clinique de son premier malade, l'auteur conclut que ces tumeurs ont une origine vasculaire, car des altérations vasculaires (ecchymoses spontanées, œdèmes, hyperhémies cutanées récidivantes) ont accompagné la première apparition des sarcomes; les néoplasies sont souvent précédées d'un stade maculeux avant de former des tumeurs; les parties saines de la peau ne renferment jamais de groupes d'éléments sarcomateux, mais quelques hémorrhagies dermiques; les taches représentent le premier stade du développement de la néoplasie, et les petits nodules ne sont jamais formés par des amas d'éléments sarcomateux, mais toujours par de petits angiomes avec forte prolifération de l'endothélium des vaisseaux néoformés et abondante pigmentation de voisinage; les tumeurs anciennes sont constituées presque entièrement par du tissu sarcomateux et on ne rencontre qu'à la périphérie quelques lésions d'angiome.

L'examen histologique, et en particulier celui des taches et des nodules, prouve que les éléments du sarcome dérivent des cellules endothéliales des vaisseaux de nouvelle formation de l'angiome. Il s'agit donc d'un type non encore décrit d'endothéliome, mais pour affirmer que telle est la pathogénie de tous les cas de sarcome cutané, il faudrait un nombre plus

considérable d'examens histologiques.

L'étude microscopique des deux autres cas a été faite moins minutieusement, mais de leur étude clinique l'auteur se croit autorisé à conclure à leur origine vasculaire, en raison de la vascularisation des néoplasies, des hémorrhagies concomitantes du pannicule adipeux dans un cas et de la coloration violacée de quelques tumeurs.

GEORGES THIBIERGE.

Sarcome de la peau. — Bristowe. Clinical society of London. (The Brit. medical Journ., 5 novembre 1892.)

Le Dr Bristowe a observé pendant 1 mois (jusqu'à la mort du malade par phtisie), un cas de sarcome de la peau chez un homme de 22 ans. Les lésions consistaient en noyaux de 1 à 3 centim. de diamètre et recouvraient un demi-pied carré de peau comprenant l'aisselle droite, le cou et les parties voisines antésternales. Quelques nodules disparurent spontanément, tandis que d'autres s'ulcérèrent largement. L'histologie a nettement déterminé la nature sarcomateuse des tumeurs.

LOUIS WICKHAM.

Sarcome de la peau. — Sarcoma cutis. (Journal of cutaneous and genito-urinary diseases, janvier 1893, p. 15.

L'auteur rapporte un cas de sarcome pigmentaire multiple de la peau chez un homme de 62 ans, chez lequel l'affection, quand il le vit pour la première fois, il y a deux ans, était constituée par huit ou dix nodules arrondis, irrégulièrement ovalaires, d'un rouge sombre, variant comme dimensions de celles d'une pièce de 50 centimes à celles de la moitié de la paume de la main, faisant une saillie plus ou moins considérable au-dessus du niveau du reste des téguments, quelques-unes superficiellement ulcérées et d'aspect fongoïde : elles étaient régulièrement disséminées sur la jambe droite depuis la cheville jusqu'au genou. La maladie avait débuté deux ans auparavant vers la malléole interne par une lésion analogue à celles dont nous venons de parler; on l'enleva en même temps que les ganglions inguinaux du même côté qui étaient intéressés. Puis il y eut récidive. Après quelques essais de traitement le malade revint trouver un chirurgien et se fit amputer le membre malade au niveau du tiers inférieur de la cuisse. Huit mois après l'amputation l'affection récidiva dans le moignon, mais sous une forme différente au point de vue macroscopique et microscopique de ce qu'elle était sur le membre amputé. Elle était alors constituée par de nombreux nodules d'un bleu sombre, variant comme grosseur de celle d'un grain de chènevis à celle d'une noisette, profondément enchâssés dans le derme, faisant ou non saillie sur les téguments voisins : çà et là se voyaient quelques nodules d'un rouge vif dont la couleur disparaissait par la pression; en certains points on observe au centre de ces éléments une dépression centrale dénotant un certain processus de régression et d'atrophie.

L'arsenic donné à de très hautes doses ne semble pas avoir produit d'effet notable. Le travail contient un examen histologique détaillé des tumeurs avant et après l'amputation.

L. B.

Tuberculose cutanée. — Jeanselme. De l'inoculation et de l'auto-inoculation tuberculeuses consécutives aux plaies par morsure. (Recherches expérimentales et cliniques sur la tuberculose, publiées sous la direction de Verneuil, t. III, 1892, p. 530.)

La tuberculose peut, comme le tétanos, la rage et la syphilis, être inoculée par morsure et, si ce mode de transmission s'observe rarement, cela tient à l'excessive rareté des morsures d'homme à homme. Jeanselme a observé le cas suivant:

Femme d'une quarantaine d'années, présentant à l'index gauche une ulcération irrégulière et superficielle située sur un nodule à base indurée et violacée, vrai tubercule anatomique, et sur la face dorsale de la main 3 gommes fluctuantes, du volume d'une noisette, échelonnées en série linéaire; engorgement des ganglions épitrochléens et axillaires; tuberculose du sommet des 2 poumons à marche subaiguë. L'ulcération de la main a succédé in situ à une morsure par un épileptique tuberculeux, morsure qui ne s'est jamais complètement cicatrisée; la tuberculose pul-

1

monaire dont la malade est atteinte n'a débuté que quelques mois après la morsure. Pas d'examen histologique des lésions cutanées.

Georges Thibierge.

### Tuberculose cutanée. — Doutrelepont. Ueber Haut-und Schleimhauttuberculose. (Deutsche mediz. Wochenschrift, 1892.)

L'auteur a eu l'occasion d'observer dans ces dernières années différents cas de formes rares de tuberculose de la peau. Il cite en premier lieu un cas de lupus papillaire du pourtour de l'anus. Il s'agit d'un homme de 30 ans, sans tuberculose héréditaire. Il n'a remarqué la maladie actuelle que depuis 6 mois seulement. Sur le côté gauche de l'anus la peau présente un épaississement papillaire très caractérisé, elle est rouge et divisée par des fissures en compartiments irréguliers. Au voisinage de ce point la peau est encore rouge et infiltrée. Dans cette zone il existe plusieurs plaques circonscrites ayant environ la dimension d'une lentille, un peuplus rouges et qui sont facilement déprimées par le bouton d'une sonde et saignent ensuite. Sur le côté droit de l'anus la peau est normale.

Doutrelepont n'a vu qu'un autre cas de lupus papillaire de la peau de l'anus chez un homme de 36 ans. Ce malade mourut quelques mois plus tard de phtisie floride. Habituellement la forme papillaire du lupus ne survient que sur les membres. On sait que Riehl et Paltauf ont décrit, comme une forme spéciale, la tuberculose verruqueuse du derme qui, cliniquement et anatomiquement, est identique au lupus verruqueux.

L'auteur rapporte ensuite plusieurs cas de tuberculose du derme, affection très rare et que l'on a jusqu'à présent observée surtout chez les sujets atteints de tuberculose avancée des poumons et de l'intestin et qu'il y a lieu de regarder comme une localisation secondaire de la tuberculose générale. Cette tuberculose miliaire forme par la désagrégation des granulations miliaires de larges ulcères plats très douloureux. La sécrétion de ces ulcères contient d'ordinaire de nombreux bacilles tuberculeux, tandis que dans le lupus et les gommes tuberculeuses on ne les trouve qu'en faible proportion.

Dans un de ces cas, chez une femme de 46 ans, malade depuis quatre ans d'une affection pulmonaire, il survint environ un an après le début de l'affection une ulcération à l'intérieur du nez, laquelle détruisit toute la cloison cutanée et cartilagineuse ainsi qu'une partie de l'aile du nez. Sur le fond de l'ulcère, granulations dans lesquelles sont disséminées des papules miliaires. Dans la sécrétion et dans les granulations, très nombreux bacilles tuberculeux.

Chez une autre malade il existait un ulcère tuberculeux de la muqueuse de la mâchoire supérieure, consécutif à l'extraction d'une dent. La plaie a été ici vraisemblablement infectée par l'expectoration de la malade qui était tuberculeuse.

Dans un troisième cas, le premier symptôme de la tuberculose se développa sur la peau et la muqueuse de la joue; malgré un examen attentif l'auteur n'avait rien pu constater de pathologique dans les autres organes. Ce n'est qu'après la guérison de l'ulcère qu'on observa des lésions pulmonaires qui firent de très rapides progrès.

L'auteur rapporte ensuite trois autres cas d'ulcères tuberculeux de la peau et de la muqueuse des lèvres qui ne présentaient pas tous les caractères de la tuberculose cutanée proprement dite. On ne trouvait pas dans ces cas la tendance destructive très accusée, propre à cette variété de tuberculose. Les bords anfractueux et dentelés et les papules miliaires du fond des ulcères existaient bien; mais dans les deux premiers cas cet état était aussi caractérisé que dans les ulcères de la tuberculose proprement dite. Le fond des ulcères était recouvert de granulations en partie en prolifération quoique molles, ce qu'on ne rencontre pas dans la tuberculose miliaire de la peau. Dans le 1er et le 3e cas pas de bacilles tuberculeux dans la sécrétion, tandis que dans le 2e cas ils étaient aussi nombreux que dans la tuberculose miliaire du derme.

L'auteur a autrefois observé dans un cas les trois formes principales de la tuberculose; il a rappelé à ce propos que les gommes tuberculeuses surviennent fréquemment à côté d'un lupus typique; dans les trois cas cités ci-dessus nous aurions donc des ulcères qui, d'après leurs caractères, constitueraient une forme de transition entre le lupus et la tuberculose cutanée proprement dite. Ce qui prouve que le processus tuberculeux peut provoquer dans la peau et la muqueuse ces formes morbides de transition, que l'on ne peut pas toujours faire rentrer dans les schèmes établis et qu'il n'est pas toujours possible d'établir une ligne de démarcation rigoureuse.

Doutrelepont cite ensuite brièvement deux cas de tuberculose du palais sans lupus de la peau; ces cas sont relativement fréquents. Chez ces deux malades l'absence de bacilles tuberculeux dans la sécrétion des ulcères prouve qu'ils n'ont pas dû être très nombreux dans la muqueuse. Cet état ainsi que la marche plus chronique des deux processus montrent que ces maladies de la muqueuse sont très voisines du processus lupeux, tandis que la présence de papules miliaires ayant leur siège dans la muqueuse et se transformant rapidement en ulcères, l'absence de granulations en prolifération ou de proliférations papillaires les rapprochent davantage des ulcères tuberculeux typiques de la peau et de la muqueuse.

L'observation d'une jeune fille âgée de 14 ans et atteinte d'ulcères tuberculeux de la jambe gauche, sans symptômes caractéristiques, comme dans le scrofuloderme, montre que ces ulcères peuvent être pris pour des ulcères ordinaires de jambe.

Doutrelepont termine son mémoire par la relation de trois cas de tuberculose du derme, ayant l'aspect de tumeurs circonscrites de la peau et qui par conséquent offraient quelques difficultés au point de vue du diagnostic.

Dans le premier cas il s'agit d'un homme de 27 ans qui présentait au milieu du sourcil du côté gauche une tumeur très circonscrite, de la grosseur d'un pois, mobile et siégeant dans le derme. Rien dans les poumons; dans le second cas d'une tumeur de la grosseur d'un pois développée dans la cloison des fosses narines chez une femme de 52 ans; enfin dans le troisième cas, concernant une femme de 65 ans, il était survenu deux petites tumeurs, l'une au-dessous de l'angle interne de l'œil gauche et gagnant le dos du nez, l'autre dans la peau au niveau de la commissure buccale du même côté.

Dans ces trois cas le diagnostic exact ne put être fait avec certitude qu'à l'aide de l'examen histologique. A. Doyon.

Ulcères de jambe. — Heidenhain. Ueber die Behandlung von chronischen Fussgeschwüren und Eczemen mit dem Unna'schen Zinkleimverband. (Berliner klin. Wochenschrift, 1892, p. 323.)

De tous les traitements employés par l'auteur dans les ulcères chroniques des jambes c'est la colle de zinc d'Unna qui lui a donné les meilleurs résultats. Voici quelle est la technique : on fait prendre au malade un bain de pied chaud de 15 à 30 minutes de durée pendant lequel on lave à fond la jambe avec du savon, afin de détacher la plus grande partie des croûtes imprégnées de pus et de saleté. Puis on sèche le membre ce qui détermine encore la chute d'une certaine quantité d'épiderme et on pratique la désinfection avec une solution de sublimé au millième. On frotte la peau saine ainsi que les parties eczémateuses avec cette solution et un tampon d'ouate, quant à l'ulcère on se borne à le tamponer pour éviter les hémorrhagies qui se produisent queiquefois sur la peau eczémateuse.

On applique alors tout autour de l'ulcère ainsi que sur toute la région eczémateuse une couche épaisse de pommade de zinc de Lassar; l'ulcère lui-même est saupoudré avec une petite quantité d'iodoforme, jusqu'à ce qu'il soit bien détergé; on remplace alors l'iodoforme par la pommade au

précipité rouge ordinaire ou la poudre de dermatol.

Ensuite on badigeonne toute la jambe avec la colle de zinc d'Unna (oxyde de zinc et gélatine ana 20, glycérine et eau ana 80) et on applique par-dessus une bande de gaze amidonnée, ramollie dans l'eau. Pour finir, on recouvre habituellement le pansement avec une simple bande de mousseline afin d'éviter que la colle ne se salisse. Tant que la sécrétion est abondante on change le pansement deux fois chaque semaine, plus tard une seule fois et à chaque renouvellement du pansement on prescrit de nouveau un bain de pieds. En général il faut changer le pansement dès qu'une tache humide apparaît au-dessous. L'action siccative de ces pansements est d'ailleurs très prononcée; l'amélioration est habituellement rapide et durable. Les eczémas disparaissent d'ordinaire en premier lieu, Le principal avantage des pansements avec la colle de zinc consiste incontestablement dans la compression assez énergique et uniforme qu'ils exercent.

A. Doyon.

Xantome. — Prince A. Morrow. Xanthoma tuberculatum, report of a case with remarks on a new and successful mode of treatment. (Journal of cutaneous and genito-urinary diseases, janvier 1893, p. 1.)

Le malade était un homme de 45 ans dont l'affection débuta au pied gauche au printemps de 1889 par une douleur fort intense qui dura environ trois mois, puis qui envahit le pied droit : sept mois après l'apparition de la douleur, il vit survenir des nodules à la plante des pieds et vers les

talons, en même temps les douleurs s'accompagnèrent de sensations de brûlures; elles étaient si intenses qu'il ne pouvait marcher ou se tenir debout qu'avec peine, et cependant elles étaient souvent encore plus violentes la nuit que le jour. Lorsque les pressions causées par les chaussures étaient trop fortes ou trop prolongées, ou bien sous l'influence d'une irritation quelconque les nodosités s'enflammaient et s'ulcéraient, et laissaient suinter un liquide jaunâtre et du sang. Neuf mois après le début de l'affection des nodosités semblables à celles des pieds apparurent vers les genoux; mais elles ne furent nullement douloureuses. Le malade en observa aussi quelques-unes sur la face dorsale de la main droite, mais elles disparurent graduellement au bout de trois mois sans le moindre traitement.

Depuis lors il ne se produisit plus d'éléments nouveaux, mais les anciens augmentèrent de volume. Au moment où l'auteur vit le malade, l'éruption était constituée par des nodules d'un jaune pâle, durs au toucher. profondément enchâssés dans le derme; ne faisant aucune saillie, sauf vers la partie moyenne du bord externe du pied où ils formaient de véritables nodosités, vers la partie postérieure du talon où par confluence ils constituaient des masses bosselées, vers les bords des ongles où l'on voyait çà et là de petits éléments saillants ressemblant à des verrues. En certains points les éléments formaient des cercles, des circinations polycycliques. Leur couleur exacte était d'un jaune pâle mélangée d'une teinte rosé érythémateuse due à des télangiectasies : leur consistance était beaucoup plus dure que celle des xanthomes ordinaires : quelques-uns plus exposés aux pressions que les autres étaient excoriés, saignants, et même véritablement ulcérés sans tendance à la cicatrisation et fort douloureux. Le malade ne présentait d'ailleurs aucune autre affection, il n'avait ni sucre, ni bile dans l'urine, pas d'ictère, etc.... Le résultat de l'examen microscopique des nodosités, fait par le Dr Fordyce fut qu'il s'agissait bien de productions xanthomateuses.

L'auteur fit des applications d'un emplâtre à l'acide salicylique au 5° qui ramollit l'épiderme et un certain nombre de tubercules de xanthome, de telle sorte qu'il fut ensuite facile de les énucléer avec la curette tranchante. Après une seule application d'emplâtre qu'on laissait en place pendant 3, 4, 5 jours, on enlevait avec facilité les éléments les plus superficiels, ceux qui étaient plus profondément situés n'étaient que ramollis et pouvaient être extirpés à la curette en laissant une base saignante; il y en avait d'autres enfin encore plus profonds qui n'étaient pas intéressés. Quand le malade enlevait l'emplâtre salicylé il prenait un bain d'eau chaude, puis il pansait pendant un ou deux jours avec de l'onguent diachylon, après quoi il faisait une nouvelle application d'emplâtre salicylé. L'auteur croit pouvoir conclure des résultats qu'il a obtenus que l'acide salicylique exerce une action élective destructive sur le tissu xanthomateux.

#### REVUE DE SYPHILIGRAPHIE

Chancres extra-génitaux. — G. Salsotto. Sifilomi extragenitali ed epidemie di sifilide. Brochure in-8° de 33 pages. Turin, 1892, Unione-tipografico, editrice.

L'auteur a observé de 1884 à juillet 1892, dans sa clientèle et au syphilicome de Turin, 201 cas de chancres syphilitiques extra-génitaux (2 à l'anus, 1 à la cuisse, 2 à la région inguinale, 108 au sein, 3 au menton, 2 à la paupière supérieure, 2 à la joue, 1 au front, 3 au doigt, 12 au bras, 1 sur le dos, 2 à la langue, 1 aux gencives, 61 aux lèvres). A propos du siège, il est assez curieux qu'il n'en ait pas observé sur les

amvgdales.

Il étudie successivement, au moyen de ses observations, la syphilis vaccinale, dont il a observé 12 cas dans un même village, où le vaccin avait été pris sur un vaccinifère syphilitique, la syphilis par allaitement, et les diverses autres syphilis accidentelles. A propos de la syphilis des nourrices, il fait observer sa gravité, due à l'état de lactation et aux modifications que produit dans l'existence de femmes, venant presque toujours de la campagne, le séjour à la ville; il note que la syphilis des nourrices atteint rarement une seule personne, mais se transmet le plus souvent à d'autres enfants par l'allaitement, au mari par les rapports exuels, à d'autres personnes par des rapports directs ou indirects; néanmoins, sur 69 maris de nourrices syphilitiques qu'il a pu examiner, il n'en a trouvé que 19 infectés.

L'auteur propose pour la prophylaxie de la syphilis en général, pour celle de la syphilis vaccinale et de la syphilis des nourrices, des mesures très analogues à celles préconisées dans ces différents cas par

Georges Thibierge.

M. Fournier.

Syphilides. — A. Ravogli. Syphilitic plaques. (The Saint-Louis medical and surgical Journal, décembre 1892, nº 6, p. 329.)

L'auteur reprend et soutient les idées de Legendre et de Bazin sur les plaques muqueuses; pour lui c'est une éruption syphilitique bien spéciale, absolument caractéristique, et qui peut dans certains cas se produire sur la peau en dehors des plis cutanés quoiqu'elle soit beaucoup plus fréquente en ces derniers points, et surtout sur les muqueuses et vers les orifices naturels. Le Dr A. Ravogli donne l'histologie de cette production morbide. Comme traitement local il préconise des lotions phéniquées et des applications d'emplâtres hydrargyriques : les caustiques les plus efficaces sont d'après lui l'acide nitrique, le nitrate acide de mercure, et le nitrate d'argent en solution à 6 ou 8 0/0.

L. B.

Syphilis osseuse. — George T. Elliot. Syphilitic nodes of the hyoid Bone. (Journal of Cutaneous and genito-urinary diseases, janvier 1893, p. 7.)

L'auteur a tout récemment observé dans sa pratique cinq cas de syphi-

lis qui présentaient des symptômes fort insolites: ces malades se plaignaient de souffrir atrocement en avalant, en parlant, en faisant certains mouvements du cou et de la tête. Il leur était impossible d'indiquer avec précision le siège de la douleur, mais ils la rapportaient généralement à la région de la gorge. Cependant il n'existait chez eux aucune lésion du pharynx ou du larynx, aucune infiltration syphilitique des muscles; mais par contre une exploration minutiense lui permit de découvrir dans chacun de ces cinq cas la présence d'un ou plusieurs nodules périostés de l'os hyoïde, soit seuls, soit associés à de la chondrite ou à de l'épichondrite de la région voisine du cartilage thyroïde. L'auteur publie tout au long deux de ses cas.

L. B.

Syphilis du nez. — Gerber. Syphilis des Nasenrachenraumes. (Archiv. f. Dermatologie u. Syphilis, 1892, Ergänzungshefte, n° 2, p. 3.)

On sait que l'espace naso-pharyngien a toujours été et est encore négligé dans l'examen médical. Cette tendance aussi facile à expliquer qu'imméritée n'a cependant rien d'inquiétant tant que les processus morbides qui s'y déroulent et qui échappent à un premier examen sommaire ne sont pas graves. Ces derniers sont heureusement très rares. Dans les deux derniers compte rendus de la clinique de Michelson, 1889 et 1890. Sur 118 maladies siégeant exclusivement dans la cavité naso-pharyngienne on ne trouve que deux cas de tumeurs, d'ailleurs bénignes, tous les autres sont du catarrhe rétro-nasal et des végétations adénoïdes. En 1890 et 1891, parmi les maladies de la même région, il y avait trois cas de fibrome, tous les autres étaient du catarrhe rétro-nasal et des végétations adénoïdes. Mais la situation est toute différente s'il s'agit de maladies générales graves, qui ne se manifestent précisément que dans la région naso-pharyngienne et qui, quand on ne l'examine pas, restent inconnues et non traitées jusqu'à ce que les processus apparaissent sur d'autres parties du corps et dans d'autres organes. Mais cet état dans les maladies à marche chronique et insidieuse peut souvent durer très longtemps et amener des désordres graves et irréparables. Les processus dont il est question ici sont avant tout la diphtérie, la tuberculose et la syphilis. Cette dernière est la plus importante et la plus fréquente.

Mais jusqu'à présent, les cas de syphilis pure de l'espace naso-pharyngien sont très rares dans la science. Il n'est pas douteux cependant qu'ils ne soient plus fréquents qu'ils ne paraissent et on ne fera leur diagnostic que quand les médecins seront tous aptes à pratiquer la rhinoscopie postérieure.

Dans les ouvrages spéciaux, même question de cette maladie à l'état isolé, on y voit seulement que les gommes de la cavité naso-pharyngienne ont leur siège de prédilection dans le pli salpingo-pharyngien et sur le rebord de la trompe et ont l'aspect d'ulcères en cratère, à bords saillants, qu'en général ils évoluent parallèlement à l'axe du corps et souvent vont de l'amygdale jusque dans la paroi nasale du pharynx.

Le 20 janvier de cette année l'auteur fut consulté par une fille célibataire

ī

àgée de 29 ans. Elle accusait alors des douleurs au niveau du cou, principalement pendant la déglutition, lesquelles existaient depuis environ 4 semaines; la nuit la gorge était sèche, le matin remplie de mucosités. La santé aurait toujours été bonne. Jusqu'à présent le traitement a consisté en badigeonnages et inhalations, mais sans résultat. Pas d'aphonie. L'examen de la cavité buccale montre: la muqueuse — spécialement celle du voile du palais — pâle et anémique, d'ailleurs normale comme le reste de la muqueuse buccale. La paroi postérieure du pharynx est un peu rouge, d'un éclat sec et laqué; çà et là, particulièrement au centre, recouverte d'un mucus adhérent jaune verdâtre.

La rhinoscopie postérieure montre la cavité pharyngienne remplie de sécrétion, la paroi supérieure du pharynx, la dépression de Rosenmüller recouvertes de mucus visqueux jaune verdâtre. Nez et larynx normaux. Le diagnostic de l'auteur fut catarrhe rétro-nasal diffus, il prescrivit: douche naso-pharyngienne et badigeonnages avec la teinture de Lugol modifiée.

Au bout de trois jours de ce régime, la rhinoscopie postérieure était devenue plus facile et permettait de reconnaître, sur la paroi postérieure du pharynx, un bourrelet arciforme épais qui paraissait être le bord inférieur d'un ulcère de l'espace naso-pharyngien. Un examen plus attentif fit constater que la portion principale de l'ulcère se trouvait à la partie supérieure du pharynx, ayant son axe longitudinal dans le sens de celle du corps et s'étendait dans cette direction de la cloison des narines presque jusqu'au point du pharynx, correspondant au bord libre du voile du palais. Cet ulcère est aplati, le bord, principalement en bas et sur les côtés, est nettement circonscrit, tandis que vers les fosses narines il passe graduellement dans la muqueuse normale. La base de l'ulcère est inégale, mamelonnée, en grande partie jaune lardacé. Un foyer analogue de la dimension d'une lentille et quelques autres encore plus petits existent sur le bord droit de la trompe dont la muqueuse est rouge. Du reste la partie supérieure seule de la fosse narine gauche présente une petite plaque tout à fait isolée.

Gerber diagnostiqua alors un ulcère syphilitique de la cavité pharyngonasale. L'aspect de l'ulcère était caractéristique. Une inspection plus attentive ne fit découvrir de lésions ni dans la cavité buccale ni à l'intérieur des fosses narines, ni dans le larynx; ni ganglions cervicaux ni ganglions sous-occipitaux. L'exploration du reste du corps confirma le diagnostic en montrant un dernier reste de la maladie générale antérieure : une leucodermie très caractérisée à la partie inférieure du cou. Les autres muqueuses, la peau et l'appareil ganglionnaire ne présentent rien d'anormal. Actuellement la malade avoue avoir eu la syphilis.

L'iodure de potassium, des frictions mercurielles et des insufflations de poudre d'iodoforme amenèrent en peu de temps la guérison de l'ulcère.

A. Doyon.

Syphilis des voies digestives: intestin. — Homen. Ein Fall von multiplen syphilitischen Geschwüren und Stricturen in Dünndarm (Centralblatt f. Allgemeine Pathologie u. Pathologische Anatomie, 1893, p. 97).

La localisation de la syphilis, principalement de la syphilis acquise est

ANN. DE DERMAT. - \$0 Ste. T. IV.

très rare dans l'intestin grêle. Le cas actuel présente un certain intérêt. Il concerne un homme de 33 ans, professeur ; d'après les dires de son médecin, il a été depuis son enfance délicat et maladif et souffrait particulièrement de troubles des voies digestives avec tendance à des diarrhées persistantes. Pendant sa vie d'étudiant, ses troubles digestifs auraient augmenté. Plus tard son état s'améliora à la suite d'une cure de bains et de lavages de l'estomac.

Dans l'automne de 1889 il contracta la syphilis, traitement par les frictions, dans l'été de 1890 cure antisyphilitique énergique à Wiesbaden; toutefois l'auteur ne connaît pas les accidents syphilitiques qu'il a eus. A cette époque il aurait eu des symptômes d'hydrargyrose, de la stomatite, et des selles sanguinolentes. L'année suivante il aurait été très bien, son poids avait augmenté et son aspect était meilleur. Dans l'automne de 1891 les troubles intestinaux augmentèrent notablement (alternatives de constipation et diarrhée), douleurs abdominales la nuit et qui empèchaient le malade de dormir. On diagnostiqua alors une sténose intestinale et on traita le malade par le massage. L'iodure de potassium fut administré un certain temps, mais sans résultat. Fin novembre 1891, ce malade eut l'influenza (outre des malaises sérieux de l'estomac), puis une pneumonie grave qui guérit et malgré ses douleurs intestinales, il put reprendre en partie son enseignement jusqu'au mois de mars où il prit une inflammation pulmonaire à laquelle il succomba le 15 mars 1892.

A l'autopsie, on trouva dans l'intestin grêle 30 étranglements cicatriciels, d'environ un centimètre jusqu'à quelques centimètres d'étendue dans l'axe longitudinal de l'intestin. Il en résulte que l'intestin est plus ou moins rétréci. Dans les points les plus rétrécis on ne peut que difficilement passer le petit doigt, dans presque tous ces points la séreuse est un peu épaissie et rugueuse ; au-dessus des rétrécissements, c'est-à-dire dans leurs intervalles, l'intestin est distendu en forme de sac, de sorte que dans tous les points où les étranglements sont rapprochés, l'intestin a l'aspect d'une série de saucisses (Bratwürsten). Ces étranglements sont répartis sur toute l'étendue de l'intestin grêle à des distances variables. Le premier se trouve à 78 centim. du pylore, le plus inférieur à 1,5 centim. de la valvule de Bauhin; ils sont séparés par des intervalles de 3 à 50 centim. Après avoir incisé l'intestin, on voit, correspondant aux étranglements, des ulcères d'une largeur uniforme (dans l'axe longitudinal de l'intestin) variant entre 6 à 7 millim. jusqu'à 3,5 centim. En général les bords sont tranchants et réguliers, parfois aussi sinueux ; ils sont formés par la muqueuse épaissie, le fond de ces ulcères est lisse, fibreux, blanc grisâtre, quelquefois d'un aspect lardacé, avec de petites dépressions. Quelquefois les ulcères atteignent la tunique musculaire qui est partout très épaissie. En quelques points les bords de la plaie se perdent dans le fond lisse comme dans une cicatrice rétractée. L'intestin mesure dans les points rétrécis de 2,5 à 3 centim., dans les parties élargies de 12 à 13 centim. Les glandes mésentériques ne sont pas sensiblement hypertrophiées ou modifiées. Rien à signaler ni dans le gros intestin ni dans le rectum.

L'examen microscopique montre que le fond des ulcères est formé par la sous-muqueuse notablement épaissie. Cette dernière présentait 1

re

le

aı

de

gr

ta

rh

lit

rit

lo

l'a

ď

me

de

in

ul

parfois une structure relativement lâche et était alors le siège d'une infiltration plus ou moins diffuse de petites cellules. La surface ulcérée présentait au microscope l'aspect d'une simple nécrose sans dégénérescence caséeuse ou suppuration antérieures.

L'infiltration des petites cellules apparaît en différents points sous forme de travées cellulaires entre les faisceaux musculaires disposées en couche circulaire, habituellement cependant sans arriver à la couche longitudinale qui dans ce cas ne paraît pas altérée. Quelquefois cette infiltration cellulaire existe entre les deux couches de muscles. La séreuse est par contre le siège d'un épaississement diffus et d'une infiltration de petites cellules.

Quelquefois, du moins dans une partie de l'ulcère, la sous-muqueuse manque complètement et le fond est alors constitué directement par la couche musculaire circulaire, qui habituellement en ce cas est encore plus infiltrée. Cette infiltration envoie parfois un prolongement sur la couche musculaire longitudinale ou plus exactement à travers celle-ci jusqu'à la séreuse.

Dans d'autres ulcères le fond qui est constitué par la sous-muqueuse très épaissie a une structure fibreuse solide. Ici l'infiltration n'est pas aussi diffuse mais forme des amas cellulaires resserrés entre les travées et les cordons fibreux; principalement au voisinage de la surface ulcérée il y a des cellules et des noyaux très nombreux et en amas; les parois des vaisseaux sanguins, principalement ceux de la sous-muqueuse, sont très épaissies.

Dans les parties plus cicatriformes la surface est complètement uniforme et lisse;

Il n'y avait pas de bacilles tuberculeux. Ce qui frappe au premier abord c'est que dans aucun autre organe, sauf dans l'intestin grêle, il n'existait de lésions syphilitiques. On ne peut pas mettre en doute que les 34 ulcères et cicatrices étaient de nature syphilitique, puisqu'on est certain que le malade avait eu la syphilis et qu'on pouvait exclure toutes les autres variétés de plaies de l'intestin. Nulle part il n'y avait de signe de tuberculose et si les ulcères avaient été de nature tuberculeuse, les ganglions mésentériques auraient présenté des lésions analogues, tandis que leur intégrité concorde bien avec des affections syphilitiques tertiaires de l'intestin; en outre, la recherche des bacilles tuberculeux donna un résultat entièrement négatif. Ces ulcères ne sauraient être rattachés aux diarrhées sanguinolentes qui seraient survenues pendant le traitement syphilitique (1890), car les ulcères qui se produisent dans le cours d'une entérite mercurielle se distinguent de ceux observés chez ce malade par leur localisation ainsi que par leur aspect. En outre, le malade se rétablit l'année suivante. On peut également éliminer toutes les autres espèces d'ulcères de l'intestin. De l'aspect macroscopique mais surtout de l'examen microscopique il paraît résulter que les ulcères avaient leur point de départ dans une infiltration circulaire diffuse, gommeuse, de la paroi intestinale (principalement de la sous-muqueuse). L'aspect et la nature des ulcères et des étranglements concordent avec le renseignement du médecin traitant que 6 mois au moins avant la mort il y avait des symptômes de sténose intestinale. On pourrait expliquer la localisation exclusive dans l'intestin grêle, environ 2 ans après l'infection, en disant que l'intestin était dans ce cas un locus minoris resistentiæ.

A Doyon.

Syphilis de l'estomac. — H. Chiari. Ueber Magen Syphilis (Virchow-Festschrift, tome II, et Monatshefte f. prakt. Dermatologie, 1892, tome XV, p. 89.)

Les cas publiés jusqu'à ce jour de syphilis de l'estomac ne peuvent pour la plupart résister à une critique rigoureuse, soit qu'ils aient été observés cliniquement, soit décrits anatomiquement. L'auteur a compulsé les matériaux de l'Institut pathologique de Prague comprenant 7 années et il a trouvé 145 cas de syphilis héréditaire, 98 de syphilis acquise. Sur ce nombre deux cas seulement méritent anatomiquement avec une certitude absolue le diagnostic de syphilis de l'estomac. L'un concernait un garçon âgé de 3 semaines, atteint de syphilis héréditaire, lequel outre d'autres lèsions syphilitiques avait la muqueuse stomacale légèrement injectée; en quelques points, cette muqueuse était lisse, brillante et faisait une saillie semblable à un bourrelet, dure au toucher. Ces parties présentaient à la coupe un épaississement en forme de plateau de toute la paroi de l'estomac, quelques-unes étaient ombiliquées au centre. L'infiltrat gommeux envahissait principalement le tissu sous-muqueux et consistait en un tissu de granulation riche en grosses cellules épithélioïdes, lequel était disposé principalement autour des vaisseaux sanguins en couches concentriques. L'autre cas de syphilis de l'estomac se trouvait chez un homme de 23 ans qui avait contracté la syphilis deux ans auparavant et était mort de tuberculose. Il avait eu des vomissements et des douleurs stomacales. Dans les poumons et l'intestin, on trouva à la fois des lésions syphilitiques et tuberculeuses, faciles à distinguer les unes des autres. Dans le foie et les reins il y avait des gommes. L'estomac était le siège, outre différents petits épaississements gommeux, d'un ulcère d'environ 10 cent. de diamètre, qui avait pris naissance par dépression et dont les bords étaient traversés dans tous les sens par une masse d'infiltration dure d'environ un centim, de largeur; macroscopiquement et microscopiquement elle ressemblait à une gomme, ainsi que les infiltrats analogues situés dans l'estomac et l'intestin. L'auteur trouva en outre chez un garçon syphilitique mort une demiheure après la naissance la muqueuse stomacale hyperhémiée et infiltrée de leucocytes. C'est là tout ce qu'il a pu trouver comme maladies syphilitiques directes de l'estomac. Très souvent au contraire on rencontrait des maladies indirectes de l'estomac, des troubles de circulation provoqués surtout par des affections du foie, ou des hémorrhagies, comme phénomènes concomitants d'une syphilis hémorrhagique.

Les foyers gommeux de l'estomac peuvent s'ulcérer, se désagréger, dans ce cas il survient des ulcérations syphilitiques qui, éventuellement, sont susceptibles de guérir en laissant des cicatrices.

A. Doyon.

Diabète syphilitique. — Feinberg. Vier Fälle von Diabetes mellitus syphilitischen Ursprungs, (Berliner klin. Wochenschrift, 1892, p. 119 et 148.)

L'auteur a observé quatre cas de diabète d'origine syphilitique. Chez le premier malade âgé de 27 ans on constata, outre l'existence d'un diabète, des symptômes de méningite spinale. Le traitement antidiabétique ne donna aucun résultat; ce malade ayant eu la syphilis deux ans auparavant, on prescrivit des injections mercurielles. Sous l'influence de cette médication les accidents nerveux n'ont pas complètement cessé, mais les douleurs lancinantes dans les membres supérieurs et les hypochondres, les anesthésies et la parésie de la vessie ont cédé, le sucre a diminué mais n'a pas entièrement disparu. On a fait au malade 60 injections, son état général est très satisfaisant.

Le second malade, un jeune médecin, présentait les symptòmes suivants: en 1877, à l'âge de 19 ans, il contracta la syphilis qui après un traitement mercuriel interne disparut, en ce sens que l'automne de cette même année on le considéra comme tout à fait sain; en 1880, catarrhe des voies digestives, amélioré au bout de deux ans par les bains de mer; cependant de nouveaux accès se produisirent jusqu'en 1886. Cette même année survinrent de la soif, de la polyurie et du sucre dans l'urine. Huit mois plus tard, accès d'épilepsie laissant une hémiparésie qui ne dura que peu de temps. Tous ces accidents cédèrent à un traitement antisyphilitique très exactement suivi. Selon l'auteur il s'agissait vraisemblablement d'une endoartérite d'une petite artère compliquée plus tard d'une tumeur gommeuse circonscrite dans la région motrice du cerveau.

Le troisième cas se rapporte à une fille de 28 ans. Depuis l'âge de 16 ans elle souffre de migraines, de palpitations et d'autres phénomènes nerveux. Deux ans avant l'apparition de ces symptômes elle a eu la syphilis, pas de traitement, hystérie. Peu après, céphalée avec exacerbations nocturnes accompagnées fréquemment de nausées et de vomissements. L'état général s'aggrave de jour en jour; puis apparaissent des symptômes de paralysie bulbaire et la parésie du rameau de l'oculo-moteur qui innerve le muscle releveur de la paupière supérieure. Quelques mois plus tard la paralysie bulbaire atteint son complet développement. La sphère de sensibilité est indemne. A ces symptômes s'ajoute la présence d'une certaine quantité de sucre dans l'urine. Tous ces accidents disparurent rapidement sous l'influence d'un traitement antisyphilitique méthodique; il ne reste plus que des traces de sucre dans l'urine.

Le 4° cas concerne une femme de 31 ans. Il y a environ 12 ans elle a eu une tache rouge sur la moitié gauche du corps, laquelle s'est ulcérée plus tard en s'agrandissant peu à peu. Elle a eu également d'autres ulcères qui ont duré 4 ans. Elle a eu quatre enfants dont deux sont morts de la rougeole et un d'une inflammation de l'intestin. Depuis la guérison des ulcères elle a accouché d'un enfant qui vit. La maladie actuelle remonte à 1886. Elle ne sait pas si elle a eu la syphilis. Elle se plaint de violentes douleurs de tête, avec exacerbation nocturne et insomnie. Plusieurs traitements ne donnèrent aucun résultat. A partir de mars 1887, polyurie, di-

minution de l'acuité de la vue; en mai, faiblesse du bras gauche et peu après de la jambe du même côté. La marche est incertaine. La moitié gauche du corps est recouverte de cicatrices rayonnées. Les ganglions inguinaux sont engorgés, mais non les ganglions cervicaux. Pas de trace de syphilis. On constate dans l'urine 1/2 p. 100 de sucre. Cinq frictions mercurielles ayant provoqué de la salivation, on les cesse. L'iodure de potassium n'est pas toléré.

Toute l'année la céphalée a continué avec exaspération nocturne, la maladie suivit une marche progressive, parésie du nerf vague, du rameau facial inférieur, hémianopsie à gauche, puis parésie de la paupière supérieure gauche, dilatation de la pupille gauche, perte de la réaction à la lumière et finalement l'hémianopsie passe subitement sur la moitié droite

du champ visuel.

Il s'agit ici évidemment d'une tumeur du cerveau, mais il est difficile d'indiquer d'une manière précise sa localisation; quant à son origine syphilitique, rien ne le démontre ni les lésions présentées par la malade ni le traitement, puisqu'on s'est borné à faire 5 frictions hydrargyriques qui n'ont pas donné de résultat. Relativement au diabète, d'ailleurs très modéré, il est difficile de le rattacher à l'affection cérébrale.

A. Doyon.

# Syphilis médullaire. — Err. Ueber syphilitischee Spinalparalyse. (Neurologisches Centralblatt., 1892, p. 161.)

Depuis longtemps l'auteur a eu l'occasion d'observer certaines formes de maladies spinales chez des sujets syphilitiques. D'après l'ensemble des symptômes ce qui semblait le plus naturel et le plus simple c'était de diagnostiquer ces affections comme des cas de myélite dorsale transverse.

Mais peu à peu il constata certaines particularités qui l'amenèrent à

établir une différenciation plus précise de ces états morbides.

La réunion d'un plus grand nombre d'observations de ce genre démontra d'une manière évidente la justesse de cette opinion; on remarqua une concordance remarquable dans les symptômes et d'autre part il surgit tant de différences suffisamment caractéristiques, d'avec d'autres affections voisines et analogues, qu'on dut rechercher une délimitation clinique plus exacte de cette affection spinale, qui survient chez les syphilitiques.

Elle est, en effet, caractérisée à première vue per l'aspect bien connu de la paralysie spinale spasmodique dans la démarche, l'attitude et les mouvements, avec augmentation considérable des réflexes, tendineux mais avec tensions musculaires relativement faibles, envahissement régulier de la vessie, et par des troubles d'ordinaire faibles, mais cependant toujours

appréciables, de la sensibilité.

La maladie se développe en général peu à peu; les symptômes consistent en paresthésies, douleurs passagères, lassitude croissante, faiblesse et raideur des jambes, atonie de la vessie. Plus tard, elle se traduit par une difficulté croissante de la marche jusqu'à une parésie spasmodique prononcée, n'arrivant que rarement à la paralysie complète, à la paraplégie, qui s'améliore le plus souvent et revient à l'état de parésie spasmodique. La moitié supérieure du corps reste tout à fait normale : les bras, le cou,

la tête sont indemnes; les pupilles et les muscles oculaires ne sont pas altérés, ainsi que la mémoire, l'intelligence et la parole, tant qu'il s'agit de cas typiques, non compliqués. La marche de la maladie présente une tendance incontestable à l'amélioration, principalement après des traitements spécifiques énergiques. Dans la moitié des cas il se produit une amélioration notable. Dans quelques cas isolés — ce sont sans doute ceux où la maladie dépasse ultérieurement ses limites primitives et habituelles — elle devient incurable, prend une marche progressive et se termine par la mort.

Cette affection se distingue de la paralysie spinale spasmodique, à laquelle elle ressemble beaucoup, par des troubles constants de la sensibilité et de la vessie.

Le diagnostic différentiel d'avec la myélite transverse (dorsale) ordinaire est plus difficile; il faut observer que en général les malades ne deviennent pas tout à fait paraplégiques, — ou quand il en est ainsi — le plus souvent leur paraplégie disparaît de nouveau, au point qu'ils peuvent se promener; les troubles de la sensibilité relativement faibles ont rarement une limite ascendante bien nette; on pourrait peut-être encore signaler les faibles tensions musculaires.

La différenciation d'avec d'autres affections syphilitiques de la moelle et du système nerveux central est plus facile dans la plupart des cas (méningite spinale syphilitique, névrite radiculaire gommeuse multiple, poliomyélite syphilitique, syphilis spinale et cérébro-spinale diffuse ou multiple, etc.), il en est de même pour la névrite syphilitique multiple des nerfs périphériques.

Il ne faut pas oublier que la maladie décrite par l'auteur s'observe très fréquemment avec les autres affections syphilitiques dont il vient d'être question.

On ne saurait guère mettre en doute que cette maladie est sous la dépendance d'une syphilis antérieure. Sur 22 cas observés par l'auteur, 13 (donc plus de la moitié) ont été atteints de myélite dans les trois premières années après l'infection syphilitique, et 18 (dont les 4/5) dans les six premières années; dans 4 cas seulement il y eut un laps de temps plus long (9 à 20 ans) entre l'infection et les premiers symptômes spinaux. Quant à la lésion il faut incontestablement la chercher dans la moelle dorsale. Il est certain également qu'il s'agit d'une lésion longitudinale relativement légère et que là aussi tout le diamètre de la moelle ne peut pas être envahi. Et cependant ici encore il est difficile d'admettre qu'il puisse être question d'une des maladies systématisées bien connues, ni de la « maladie systématisée combinée » dans les cordons postérieurs et latéraux ; tout l'ensemble des symptômes ainsi que l'absence de la marche ascendante sont contraires à cette interprétation. Il s'agit donc d'une lésion transversale partielle, et, en règle générale, d'une affection symétrique dans les deux moitiés de la moelle.

Si on voulait à priori émettre une hypothèse sur la localisation de la maladie il faudrait vraisemblablement la rapporter à une lésion symétrique dans les moitiés des cordons postérieurs et latéraux, envahissant ensuite les colonnes postérieures grises et les cordons postérieurs blancs. En ce qui concerne l'origine syphilitique probable de cette lésion, on pourrait penser soit à une infiltration syphilitique de la moelle, soit à une myélite dont le point de départ serait une maladie syphilitique des artères.

Seule l'anatomie pathologique peut trancher la question.

Les observations connues jusqu'à présent ne donnent pas d'explication satisfaisante. Les cas avec autopsie concernent en général des maladies plus ou moins diffuses, graves, combinées et étendues, dans lesquelles il est difficile de déterminer l'expansion exacte de la lésion. Et c'est ce qu'il importerait surtout de savoir.

Actuellement l'auteur croit être autorisé, en raison de la fréquence relative et de la concordance symptomatique des cas qu'il a observés, à établir cette forme clinique comme base préliminaire pour des recherches cliniques, étiologiques et anatomo-pathologiques ultérieures. Il propose de désigner provisoirement cette maladie sous le nom de paralysie spinale syphilitique, l'avenir décidera si elle peut ou non prendre place dans la nosologie.

A. Doyon.

Sang des syphilitiques. — RILLE. Ueber morphologische Veränderungen des Blutes bei Syphilis und einigen Dermatosen. (Wiener klinische Wochenschrift, 1893, p. 155.)

A la période de début de la syphilis, lorsque la lésion initiale existe seule, on ne trouve, chez les individus sains et robustes, en général, pas d'altération des éléments morphologiques du sang. Ce n'est qu'avec l'apparition de l'exanthème, de la tuméfaction générale des ganglions lymphatiques, qu'on peut constater une augmentation appréciable des éléments leucocytaires, à savoir :

Augmentation des deux variétés de lymphocytes ;

Augmentation des cellules éosinophiles, principalement dans l'exanthème papuleux. Leur quantité est proportionnelle à l'expansion et au nombre des efflorescences de la peau;

Augmentation considérable des formes dites de transition et des gros leucocytes mononucléaires.

L'auteur a trouvé en outre, mais pas toujours, dans quelques cas, chez des femmes à peau et à muqueuses pâles et qui présentaient une diminution très marquée de l'hémoglobine, des myéloplaxes ou cellules médullaires de Cornil. Le Dr Loos, de Graz, a rencontré ces formes d'une manière presque constante dans le sang d'enfants atteints de syphilis héréditaire.

Ces rapports de quantité changent parfois très rapidement, dès l'époque de l'affection primaire. Avec la diminution des phénomènes morbides, c'est-à-dire dans le cours des médications anti-syphilitiques, la teneur pour ceux des leucocytes se rapproche de nouveau de la normale. Il en est ainsi dans les récidives de la syphilis. Quant aux résultats observés dans la période tertiaire, on ne peut les citer ici qu'avec réserve, en raison de la polymorphie qui caractérise cette phase du processus syphilitique. Si on s'en tient aux cas de gommes de la peau, il s'agirait ici de conditions assez analogues. Les cellules mononucléaires et les formes de transition paraissent surtout augmentées.

li

l

d

j

fe

r

. 5

n

d

f

li

d

ï

Dans les recherches actuelles qui portaient exclusivement sur la syphilis de sujets adultes, l'auteur n'a vu dans aucun cas des corpuscules rouges du sang contenant des noyaux, contrairement à ce qui a lieu dans la syphilis des nouveau-nés, ainsi que Loos l'a indiqué. Ceci est facile à comprendre, si on se rappelle que l'examen du sang de l'enfant est compliqué par d'autres facteurs.

L'auteur passe ensuite aux résultats qu'il a obtenus dans les maladies de la peau. Ici les cellules éosinophiles méritent la plus grande attention.

Neusser et Loos ont les premiers indiqués ces conditions.

Il y a des affections de la peau dans lesquelles l'augmentation de ces éléments du sang atteint un degré tel qu'on ne l'observe dans aucun autre état pathologique, pas même dans la leucémie pour laquelle dans ces derniers temps on regardait comme pathognomonique une augmentation considérable de ces cellules.

Dans l'eczéma généralisé le nombre des cellules éosinophiles atteint une très grande importance, on en trouve au moins une, souvent plusieurs jusqu'à 6 et 8 réunies, au point que les autres formes de leucocytes disparaissent entièrement. Chez un homme de 52 ans, dont toute la surface cutanée étaient recouverte de croûtes et de squames, avec rhagades profondes dans les intervalles, pendant des semaines et des mois les préparations présentèrent l'état décrit ci-dessus; avec la guérison, le nombre des cellules éosinophiles alla en diminuant et n'atteignit plus que 4 à 5 p. 100 de tous les leucocytes.

Dans ce même cas, il y avait aussi des Mastzellen en nombre relativement considérable.

En ce qui concerne l'augmentation des cellules éosinophiles, elle existe dans le simple eczéma de la tête et de la face, principalement dans celui des enfants. On trouve des rapports identiques dans le pemphigus et le prurigo — ici aussi des chiffres très élevés, surtout dans le pemphigus

foliacé et le prurigo agria.

L'auteur a examiné d'autres affections chroniques de la peau, les résultats n'ont pas été constants. Dans quelques cas de psoriasis il y avait une augmentation notable des cellules en question, dans d'autres au contraire, bien que la maladie fut assez étendue, la proportion était normale. Dans le lupus vulgaire les résultats étaient aussi irréguliers. L'état du sang était tout à fait normal ou il existait un degré plus ou moins marqué d'éosinophilie, ou encore le sang présentait d'autres altérations caractérisées par des formes mononucléaires et de transition — états qui pourraient s'expliquer par la constitution et la présence d'autres complications de nature tuberculeuse. Jadassohn a constaté l'existence de cellules éosinophiles dans le tissu lupeux.

L'auteur a fait encore un grand nombre de recherches dans l'érysipèle. Il a trouvé dans cette maladie une augmentation considérable des cellules polynucléaires, donc de ces leucocytes qui prédominent déjà à l'état normal dans le sang. Cette augmentation disparaissait presque entièrement, simultanément avec l'abaissement de la température et le processus de la peau. Limbeck a pu reconnaître l'augmentation des corpuscules blancs du sang dans l'érysipèle, mais il ne dit rien concernant la qualité de ces cellules.

A. Doyon.

Hérédité de la syphilis. — J. Neumann. Ueber Vererbung der Syphilis. (Archiv f. Dermatologie u. Syphilis, 1892, p. 590.)

Voici quels sont les résultats des recherches de l'auteur :

1º La syphilis est transmise aux enfants par le sperme et l'ovule, c'està-dire héréditairement et aussi après la conception.

2º La transmission est beaucoup plus fréquente de la part du père que de celles de la mère, parce que en général il y a plus d'hommes que de femmes qui sont atteints de la syphilis; par contre la transmission venant de la mère est plus grave, ce qui peut s'expliquer par ce fait, qu'ici le virus n'existe pas seulement dans l'ovule mais aussi dans le sang lui-même d'où l'embryon tire sa nourriture.

3º La transmission a lieu le plus souvent dans la période secondaire de la syphilis des parents; plus la syphilis est récente, plus est intense la maladie chez le fœtus. Par suite la contamination s'effectue principalement dans les premières années de la syphilis des parents, spécialement dans l'année qui suit l'infection. Parfois il y a aussi infection dans la période tardive de la syphilis, même après 10 et 20 ans, mais ce sont des cas exceptionnels.

4º Infection avant la conception. 115 mères infectées avant la conception ont accouché 208 fois; parmi elles 52 mères dans la période tertiaire ont accouché 109 fois et ont eu : 17 avortements, 1 accouchement prématuré, 50 enfants morts en naissant ou après la naissance, 41 enfants vivants, bien portants, à terme; 71 mères dans la période secondaire ont accouché 99 fois et ont eu : 40 avortements, 4 accouchements prématurés, 4 enfants mort-nés, 24 morts après la naissance, 5 enfants vivants syphilitiques, 2 enfants vivants atrophiés, 20 bien portants, sains, à terme.

5° Conception et infection simultanées. 72 cas ont été observés et ont donné: 38 avortements, 10 accouchements prématurés, 6 enfants mort-nés, 2 enfants vivants suspects, 5 vivants syphilitiques, 11 bien portants, sains, à terme.

Quand il y a infection et conception simultanées, l'intensité de la maladie atteint son plus haut degré chez les enfants. Cependant on voit naître des enfants sains en dépit de l'infection récente des deux parents, même sans qu'un traitement ait été suivi, par conséquent il ne faut pas porter d'avance, même dans ces cas, un pronostic absolument défavorable; ceci est en opposition à d'autres observateurs qui affirment que jamais un enfant sain n'est venu au monde quand les deux parents étaient malades.

6° Infection après la conception. 76 cas ont donné: 23 avortements, 7 accouchements prématurés, 6 enfants macérés, 7 enfants morts post partum, 10 enfants vivants syphilitiques, 2 vivants atrophiés, 21 vivants sains et à terme: a) Dans 23 cas de syphilis post-conceptionnelle, le père était sain à l'époque de la conception (purement post-conceptionnelle); on observa: 9 avortements, 3 accouchements prématurés, 4 enfants vivants syphilitiques, 6 vivants sains et à terme, 1 mort post pàrtum; b) Dans 26 cas de syphilis post-conceptionnelle, père malade au moment de la conception: 12 avortements, 1 enfant macéré, 5 vivants syphilitiques 1 vivant atrophié, 7 vivants, sains et à terme; c) Dans 27 cas de syphilis post-conceptionnelle, santé du père à l'époque de la conception incon-

nue: 8 avortements, 1 enfant mort, 2 naissances avant terme, 2 enfants vivants syphilitiques, 14 vivants sains et à terme.

7º La syphilis transmise à la mère dans les premiers mois de la grossesse tue l'enfant; dans les derniers mois, l'enfant n'est pas en général

contagionné.

8º La syphilis ne se transmet pas aux enfants quand l'infection s'est produite au 9º mois de la grossesse. Cela tient à ce que la sclérose reste une maladie locale au moins pendant un certain temps durant lequel le virus n'a pas encore intoxiqué le sang de la mère et par suite n'a pas pu

agir sur le fœtus par voie placentaire.

90 Si la transmission de la syphilis de la mère au fœtus est possible de cette manière, il faut l'admettre aussi en sens inverse (choc en retour); toutefois ce mode de contagion est rare et la mère peut rester indemne alors même qu'elle a accouché de plusieurs enfants syphilitiques. Comme ces mères possèdent l'immunité à l'égard du virus syphilitique et qu'elles ne sont pas infectées par leur enfant syphilitique, quand elles le nourrissent, il semble exister une immunité semblable à celle produite dans l'organisme par des exanthèmes aigus. Comme ces mères portant un enenfant syphilisé par le père peuvent être infectées du dehors à chaque mois de la grossesse, c'est une preuve de plus que la transmission de la syphilis du fœtus à la mère, au moins pendant la grossesse, n'a pas lieu.

10° La transmission de la syphilis par les grand parents aux petits enfants, n'a été constatée jusqu'ici par personne, même dans les pays où

cette affection règne d'une manière endémique.

11º C'est surtout dans les trois premières années après l'infection que se transmet la syphilis héréditaire; le maximum correspond à la première année; après les trois premières années le nombre diminue lentement. Pour l'infection avant la conception, la mortalité est de 65 0/0, la morbidité de 700/0; pour la conception et l'infection simultanées, la mortalité est de 75 0/0, la morbidité de 91 0/0; dans la syphilis post-conceptionnelle la mortalité est de 39 0/0, la morbidité de 72 0/0. Les chiffres varient avec le genre de vie, le traitement antérieur, les influences sexuelles et diverses causes nocives.

Un fait affligeant ressort avant tout de cet examen, c'est que la transmission héréditaire de la syphilis est l'un des héritages les plus funestes; elle tue une grande partie des enfants, les infecte et exerce une action fâcheuse de longue durée sur leur développement ultérieur. Si l'on songe au sort réservé à de si nombreux enfants, si l'on tient compte en outre de ce fait que, d'après les renseignements recueillis soit par l'auteur, soit par le directeur de l'asile des Enfants trouvés, M. Friedinger, une grande partie des enfants rangés sous la rubrique vivants, à terme, sains, sont morts, le chiffre de la mortalité est encore beaucoup plus considérable.

A. Doyon.

Syphilis héréditaire. — Erlenmeyer. Klinische Beiträge zur Lehre von der congenitalen Syphilis und über ihre Zusammenhang mit einigen Gehirnund Nerven Krankheiten. (Zeitschrift für klinische Medicin, 1891, p. 343.)

Voici les conclusions de l'auteur :

1º On voit apparaître des formes tardives de la syphilis congénitale, syphilis héréditaire tardive des auteurs, même après l'âge de 12 ans, en d'autres termes la syphilis héréditaire peut rester latente au delà de 12 ans.

2º La puberté, les .traumatismes, les maladies fébriles peuvent agir comme causes irritantes et rendre manifeste une syphilis congénitale latente.

3º La loi de Colles n'a pas une valeur absolue. Les mères qui donnent naissance à des enfants affectés de syphilis congénitale, peuvent elles-mêmes devenir syphilitiques, mais pas nécessairement.

4º Immunité contre la syphilis n'est pas identique à syphilitique.

5° La loi de Kassowitz (1) n'a pas de valeur absolue. Des enfants nés à une époque éloignée de l'infection peuvent être infectés plus gravement que des enfants nés à une époque rapprochée.

6º La syphilis héréditaire peut varier suivant le sexe des enfants.

7º Quand, après un enfant atteint de syphilis congénitale, vient un enfant d'un autre sexe indemne de syphilis, on n'en saurait conclure que la propriété de transmission de la syphilis paternelle est éteinte.

8º Pour apprécier les conditions de syphilis congénitale il faut tenir

compte de tous les enfants.

9° Le traitement anti-syphilitique des parents a une influence très favorable sur les enfants à naître.

10° Il y a une variété d'affection cérébrale, avec arrêt unilatéral de développement et convulsions chez les enfants, qui procède le plus souvent de la syphilis congénitale.

11º La paralysie dite cérébrale des enfants provient fréquemment de la

syphilis congénitale.

12º L'épilepsie congénitale avec ou sans idiotie est très souvent occasionnée par la syphilis congénitale.

A. Dovon.

Syphilis infantile. — Monconvo. Sur la pseudo-paralysie syphilitique ou maladie de Porro. (Gazette hebdomadaire de médecine et de chirurgie, 11 février 1893, p. 66.)

Moncorvo rapporte quatre nouvelles observations de pseudo-paralysie syphilitique suivie de guérison. Il fait remarquer que cette manifestation de la syphilis héréditaire est rapidement influencée par le traitement.

Sur 8 cas qu'il a observés, 6 fois les lésions osseuses étaient complètement réparées en 10 à 20 jours, et les 2 autres cas ont guéri en 30 et 40

(1) On sait que la loi dite de Kassowitz s'applique à la diminution graduelle spontanée de l'intensité de l'hérédité syphilitique. 1

P

P

S

01

ri

si

q

m

m

r

lé

ra

et

80

m

ra

tr

di

ur

jours de traitement; ce dernier cas était remarquable par ce fait qu'il s'agissait d'un enfant né avant terme et jumeau d'un autre mort-né.

GEORGES THIBIERGE.

- Traitement de la syphilis. P. Tommasoli. Sulla azione del siero di sangue di agnello contro la sifilide. (Gazzetta degli ospitali, 1892, nº 28.)
- P. Tommasoli. Sull'azione del siero di sangue d'agnello contro la sifilide e contro il lupus. (Gazzetta degli ospitali, 1892, nº 70.)
- P. Tommasoli. Sull'emoterapia della sifilide, appunti critici indirizzato al dotto Kollmann, di Lipsia. (Gazzetta degli ospitali, 1892, nº 137.)
- P. Tommasoli. Sull' emoterapia della sifilide. (Giornale italiano delle malattie veneree e della pelle, novembre et décembre 1892, p. 347 et 477.)
- P. Tommasoli. Sui diversi metodi di emoterapia della sifilide. (Riforma medica, 26 et 27 janvier 1893, p. 231 et 243.)

Tommasoli, se basant sur des idées théoriques analogues à celles qui ont fait essayer le traitement de la tuberculose par les injections de sérum du sang d'animaux réfractaires, a étudié les effets des injections de sérum de sang de mouton et de veau chez les syphilitiques ; les injections ont été le seul traitement employé, à l'exclusion des préparations mercurielles et iodurées ; elles ont été faites dans les muscles de la région fessière, après lavage de la peau avec une solution de sublimé à 2/1000 ; la quantité de sérum injecté a varié de 2 à 8 centimètres cubes ; chaque malade n'a jamais reçu plus de 14 injections ; ce traitement a été expérimenté chez 13 malades.

Cette méthode a l'inconvénient de provoquer des accès de fièvre, généralement de courte durée, survenant quelques heures après l'injection; en outre, il se produit un malaise général quelquefois accompagné de céphalée et de troubles gastriques, survenant peu après l'injection, et disparaissant rapidement; plus rarement on observe une sensation de faiblesse et de la pâleur des téguments; au bout de quelques injections, il se produit une tuméfaction douloureuse avec induration profonde au siège de l'injection; il n'est pas rare d'observer des érythèmes érysipélatoïdes ou scarlatiniformes, au niveau ou au voisinage de l'injection, exceptionnellement généralisés; parfois il se produit des phénomènes de shok au moment de l'injection; une seule fois l'injection a été l'origine d'un abcès.

Ces inconvénients sont, d'après l'auteur, compensés par la disparition rapide des manifestations syphilitiques; dans 3 cas, elles n'ont disparu qu'après la 10° injection, dans un cas après la 9°, mais dans tous les autres cas elles avaient disparu au plus tard à la 6° injection.

L'auteur espère que ces résultats satisfaisants ne se limitent pas à la disparition des manifestations syphilitiques, mais que les injections ont un effet sur l'infection syphilitique elle-même.

Les expériences comparatives sont trop peu nombreuses pour lui per-

mettre de dire quel est le plus actif du sérum de mouton ou du sérum de veau.

Les quelques injections pratiquées sur des malades atteints de dermatoses non syphilitiques permettent de croire qu'elles sont moins bien supportées par les sujets atteints de syphilis que par ceux qui n'en sont pasatteints.

Tommasoli rapporte in extenso dans son 4° mémoire les observations des malades qu'il a soumis à ce traitement; il demande que celui-ci soit expérimenté sur une large échelle, avant qu'on puisse en tirer des conclusions que le petit nombre de ses observations ne permet pas encore de poser définitivement.

Dans le dernier de ses travaux, Tommasoli compare sa méthode d'hémothérapie de la syphilis à celle que Pellizzari a proposée (voir Annales de dermatologie, 1893, p. 224), pour atténuer la syphilis en injectant du sérum de syphilitique. Cette méthode a l'avantage de se rapprocher des méthodes de sérothérapie actuellement en usage, mais il lui reproche 1º de nécessiter la présence à point nommé d'un sujet syphilitique disposé à fournir du sang, se trouvant à la période voulue de la syphilis; 2º d'exposer à inoculer une autre infection dont serait atteint le sujet qui fournit le sang; 3º de risquer de nuire au sujet injecté lorsqu'on lui inocule du sang provenant d'un sujet atteint d'une syphilis de date différente de la sienne ayant peut être quelque virulence qui ne se trouve pas dans son propre sang.

Cette analyse des travaux de Tommasoli sur l'hématothérapie de la syphilis me permet de rectifier une erreur qui m'a échappé en corrigeant les épreuves de l'analyse du travail de C. Pellizzari (loco citato): l'auteur a bien dans ses premières expériences injecté seulement du sérum de sang de syphilitiques parvenus à la période gommeuse, mais dans la suite de ses recherches il a employé également le sérum de syphilitiques parvenus à la période de transition et même de sujets infectés plus récemment, mais ayant déjà subi pendant quelques mois un traitement mixte.

GEORGES THIBIERGE.

# Traitement de la syphilis. — Kollmann. Blutseruminjectionen gegen Syphilis. (Deutsche med. Wochenschrift, 1891 p. 806.)

On sait que Tommasoli a employé les injections de sérum d'agneau dans le traitement de la syphilis. Il a traité ainsi 6 malades dont 5 étaient à la période secondaire et le 6°, après avoir passé cette phase, avait une périostite syphilitique. Cet auteur faisait des injections chaque jour et à la dôse de 2 à 8 c. c. Chez ces 6 malades il a fait en tout 64 injections et il ne les cessa qu'après la disparition de tous les symptômes spécifiques. Tommasoli trouva qu'avec ces injections les phénomènes syphilitiques disparaissaient sensiblement plus vite que par toute autre méthode.

Kollmann avait fait antérieurement des recherches analogues. Il ne les fit pas connaître alors parce que le résultat avait été négatif et que, en dehors du côté purement pratique, elles ne lui paraissaient avoir aucun intérêt. Depuis, des expériences avec le sérum d'animaux a priori réfrac-

1

taires dans d'autres maladies et la publication des faits de Tommasoli donnent aux premières recherches de l'auteur une certaine importance.

Tommasoli employait pour ses injections uniquement le sérum d'agneau; Kollmann a utilisé en outre celui de mouton, de veau, de chienet de lapin. Ses expériences ne sauraient encore réfuter actuellement les affirmations de l'auteur italien, relativement au succès extraordinaire des injections d'agneau pendant la période secondaire, car il n'a injecté que dans un seul cas durant cette phase le sérum d'agneau, et dans ce cas encore à des doses moins élevées et moins fréquemment renouvelées que Tommasoli.

Kollmann a employé les injections de sérum chez trois syphilitiques et en outre chez plusieurs autres malades: dans trois cas de chancre mou, un de psoriasis, trois cas de blennorrhagie aiguë, un cas de blennorrhagie

chronique et un cas de catarrhe aigu de la vessie.

Il a fait en tout 22 injections chez ces neuf derniers malades non syphilitiques, elles ne provoquèrent dans aucun de ces cas de réaction ni générale ni locale.

Chez les trois autres malades elles n'eurent absolument pas d'influence favorable sur la syphilis. Comme ces trois cas ont été suivis par l'auteur pendant un an et demi et au delà elles ont une valeur particulière.

Les trois syphilitiques ainsi que les neuf autres malades supportèrent d'ailleurs les injections de sérum de chien, de mouton de lapin ou de veau à des doses de 6 cent. c., d'ordinaire sans trouble local ou général. Ces résultats sont en partie en opposition avec ceux de Tommasoli.

Il a pu constater aussi dans deux cas que ces injections ne mettaient pas à l'abrides poussées de la syphilis secondaire.

A. Doyon.

Injections mercurielles; Embolies de paraffine. — Blaschko. Ueber Paraffinembolie der Lungen bei intramuskulären Quecksilberinjectionen. (Deutsche med. Wochenschrift, 1892, p. 965.)

A propos des injections de salicylate de mercure dans de la paraffine liquide que l'auteur considère, après les frictions mercurielles, comme le procédé le plus efficace dans le traitement de la syphilis, il a observé dans une série de cas des états tout à fait particuliers qu'il ne peut expliquer que par des infarctus emboliques des poumons.

Voici deux de ces cas:

1º Malade âgé de 25 ans auquel on fit le 6 octobre 1891 une injection de salicylate de mercure. Peu après, ce malade éprouva une certaine engoisse à laquelle succéda bientôt une forte toux qui céda un peu vers le soir. Dans la nuit points au niveau du côté droit, vers le matin ils disparurent. Ils augmentèrent les jours suivants de telle sorte que la respiration était superficielle, les inspirations profondes provoquant de violentes douleurs. La nuit suivante la respiration fut encore si angoissée et si difficile, que le malade était comme dans un bain de sueur, et en même temps obligé de rester couché sur le côté droit. Le deuxième jour les douleurs diminuèrent un peu; à midi on constata l'état suivant: on est tout d'abord frappé, abstraction faite de la coloration légèrement cyanosée

de la face, de ce que la moitié droite de la poitrine ne participe presque pas à la respiration; les espaces intercostaux du côté droit sont resserrés. En somme la respiration est un peu accélérée et superficielle. La percussion donne à droite, à partir de la 4° côte jusqu'à la limite du foie, un son tympanique un peu mat, rien autre d'anormal. A l'auscultation le murmure respiratoire est à peine perceptible au niveau de la partie où existe la matité; en arrière, à droite à partir de la 5° côte en descendant le murmure vésiculaire s'entend moins facilement, partout ailleurs la respiration est normale. Sous l'influence d'enveloppements chauds et humides les points ont considérablement diminué. La toux s'accompagnait d'une expectoration muqueuse assez abondante avec traînées sanguinolentes. Le 3° jour l'état des poumons était déjà notablement modifié. Le 14 novembre le malade qui avait du reste continué de travailler est complètement rétabli.

2º Le second cas concerne un ouvrier de 40 ans qui, après une injection faite le 14 novembre 1891, eut immédiatement un violent accès de toux qui dura une demi-heure avec douleur dans le côté gauche de la poitrine au-dessus du cœur.

Le lendemain l'état était le suivant: respiration 40, pouls 100, temp. 38°,2 C. Rien à la percussion. A l'auscultation, les bruits du cœur sont affaiblis. Au niveau du poumon droit respiration normale; à gauche, de la 2° à la 4° côte respiration bronchique, le murmure vésiculaire est en avant partout ailleurs plus marqué; en arrière et en haut, respiration vésiculaire renforcée avec aspiration bronchique et quelques râles crépitants; en arrière et en bas respiration normale. Le 16 novembre toux avec expectoration muqueuse peu abondante, le plus souvent mêlée de sang. Vers midi respiration bronchique indistincte en avant, en arrière et en haut nombreux râles à petites vésicules. Chez ce malade le traitement a été le même, enveloppements chauds et humides; tous les symptômes disparurent ensuite dans l'espace de 3 à 4 jours.

L'auteur a observé un troisième cas chez un malade qui ne revint qu'au bout de 8 jours et dit alors avoir éprouvé immédiatement après l'injection un très violent accès de toux qui dura plus d'une heure; pendant 2 à 3 jours il avait eu des points dans le côté droit, il garda le lit deux jours et put ensuite reprendre son travail.

Il faut faire rentrer dans cette catégorie quelques autres cas dans lesquels, presque immédiatement après l'injection, il survenait de très violents accès de toux qui duraient de 10 à 15 minutes; dans ces cas il n'y avait rien du côté des poumons.

Ces symptômes ne peuvent guère s'expliquer que par l'hypothèse d'une embolie, l'immigration dans les poumons de la paraffine liquide tenant en suspension du mercure, et il est vraisemblable aussi que la seringue a dans ces cas pénétré dans une grosse veine musculaire.

En terminant l'auteur indique quelques précautions à prendre pour éviter autant que possible ces embolies. A. Dovon. Mercure (élimination du). — Linden. Untersuchungen über die Resorption und Elimination des Quecksilbers. (Ergänzungshefte zum Archiv. f. Dermatologie u. Syphilis, 1892, n° 2, p. 226.)

L'auteur est arrivé aux conclusions suivantes :

Dans une cure mercurielle le mercure est éliminé d'une manière régulière aussi longtemps qu'il en existe dans l'organisme.

La quantité de mercure excrétée dépend de la proportion de mercure introduite et du temps plus ou moins long qui s'est écoulé depuis la cessation du traitement.

Après une seule injection de salicylate de mercure on voit apparaître très rapidement le mercure dans l'urine, déjà au bout de quelques heures; il y est en grande quantité pendant le premier et le second jour, il diminue ensuite rapidement et d'ordinaire on ne le retrouve plus au commencement de la deuxième semaine.

Après une cure d'injections ou si on a injecté une grande proportion de salicylate de mercure dans un temps relativement court, on peut constater la présence du mercure dans l'urine après un laps de temps notablement plus long qu'après une simple injection; la proportion de mercure se maintient élevée jusqu'à la fin de la première semaine où elle commence à diminuer, mais elle peut aussi quelquefois manquer après l'injection d'une faible dose de 0,05 cent. Pendant les semaines suivantes la diminution continue, cependant on peut encore constater la présence du mercure pendant la 4° semaine dans la proportion de 70 p. 100, dans le deuxième mois au contraire on ne le trouve plus que dans la proportion de 24 p. 100 dans toutes les analyses.

Après une cure de friction le mercure n'apparaît que beaucoup plus tard dans l'urine, c'est-à-dire après une ou deux semaines de traitement, mais ensuite on le trouve pendant toute la durée de la cure et on peut constater sa présence 4 semaines au moins encore après la cessation du traitement.

Après un traitement interne le mercure apparaît dans l'urine aussi beaucoup plus tardivement qu'après une cure d'injections, seulement vers le 5° et le 6° jour, et en proportion notablement plus faible; l'auteur a pu celer sa présence 19 jours encore après la fin du traitement.

La plupart des préparations mercurielles que l'on emploie en injection provoquent dans les tissus une irritation notable par la coagulation de l'albumine qu'elles occasionnent, peuvent par suite déterminer des infiltrations plus ou moins considérables et souvent des abcès assez étendus. Aussi Liebreich insiste sur la nécessité de ne choisir pour les injections mercurielles que les préparations qui ne forment pas de combinaisons dans les tissus, ou seulement celles qui sont facilement solubles. Le salicylate de mercure parait être plus soluble que tous les autres sels, on a démontré expérimentalement qu'à aucun degré de concentration il ne coagulait l'albumine, il reste dissout dans une solution de chlorure de sodium. Or comme il y a partout dans l'organisme du chlorure de sodium, le salicylate de mercure est vraisemblement tenu en solution et par suite rapidement absorbé.

L'expérience clinique a également confirmé la justesse de cette opinion

que le sel mercuriel est résorbé aussi promptement que les préparations solubles, sans déterminer toutefois dans les tissus une irritation marquée. L'irritation était dans la plupart des cas très faible; quand il se produisait des infiltrats ils étaient de peu d'importance et jamais suivis d'abcès. La rapidité de la résorption se reconnaît à la salivation qui apparaît souvent une heure après l'injection et à la prompte modification des symptômes, appréciable parfois dès le deuxième jour. On a émis des opinions différentes sur l'avantage d'une élimination plus ou moins rapide du mercure, toutefois l'absorption prompte et par suite l'élimination consécutive rapide serait vraisemblablement la raison pour laquelle l'auteur n'a jamais observé d'hydrargyrose, malgré des cures prolongées d'injections avec des doses de 0,10 centigr.

Pour obtenir une action aussi rapide et aussi durable que possible sans provoquer d'hydrargyrose, l'auteur a trouvé qu'il était préférable d'employer le salicylate de mercure à la dose de 0,10 centigr. et de faire les 3 à 4 premières injections à des intervalles de 4 à 5 jours, les injections suivantes à des distances de 7 à 9 jours.

A. Doyon.

### **REVUE DES LIVRES**

ALFRED FOURNIER. — Traitement de la syphilis, 1 vol. in-8° de 600 p,
Paris, Rueff, éditeur.

Le nouveau livre du professeur Fournier sera certainement accueilli, comme les précédents, avec une grande faveur. Non seulement, en effet, on y trouve l'exposé remarquablement lucide des idées doctrinales de l'auteur sur une partie de l'histoire de la syphilis, mais encore cette partie est celle qui offre pour le praticien l'intérêt capital et l'intérêt le plus immédiat. Dans la série déjà nombreuse de ses publications antérieures M. Fournier avait eu à plusieurs reprises l'occasion d'aborder incidemment quelques points de la thérapeutique de la syphilis, mais nulle part il n'avait donné de conclusions d'ensemble, le corps de doctrine et le détail de l'application de ce traitement; si les idées du maître sont bien connues de tous ceux qui l'ont approché, elles n'avaient pas encore été vulgarisées comme aujourd'hui. Les lecteurs des Annales sont certainement au courant de la pratique du professeur Fournier : aussi n'aurons-nous pas à relater ici par le menu tous les faits exposés dans ce livre; il est néanmoins plus d'un point sur lequel ils nous sauront gré de rappeler leurs souvenirs ou de leur faire mieux connaître l'enseignement du maître.

Après avoir montré qu'il faut traiter la syphilis, et qu'il faut traiter toutes les syphilis, car on ne peut jamais, d'après les symptômes actuels, préjuger ce que deviendra une syphilis donnée, M. Fournier aborde la grosse question de l'excision du chancre. Une critique serrée des faits énoncés, des difficultés que présente leur interprétation l'amène à conclure que la valeur réelle de cette operation est loin d'être établie; que le chancre soit un indice de syphilis constitutionnelle, le premier des accidents secon-

daires, ou qu'il constitue un accident local, dont la destruction suffit à empêcher le développement de la maladie, les discussions sur ces hypothèses ne peuvent faire progresser la question d'un pas; l'expérimentation a souvent été mal faite, car on a excisé des lésions dont la nature syphilitique n'était rien moins qu'établie. L'excision du chancre ne saurait être applicable à tous les cas; mais, réservée à des chancres jeunes, non encore indurés, non accompagnés d'adénopathie, elle doit être tentée, car rien ne prouve qu'elle ne puisse réussir et on ne doit négliger aucun mode de traitement susceptible d'être utile.

La syphilis n'avortant pas par l'excision du chancre, ou celle-ci ayant été impossible pour une cause quelconque, il faut traiter la syphilis.

En dehors des moyens auxiliaires qui s'adressent à l'état général des malades et qui ne doivent jamais être négligés, en dehors de l'hygiène, il faut avoir recours au mercure et à l'iodure de potassium. Les accidents que peuvent causer ces deux médicaments sont exposés avec un grand luxe de détails et de preuves, mais leurs inconvénients ne peuvent faire

méconnaître leurs avantages, leur nécessité.

Comment donc les administrer? Pour le mercure, les frictions et la voie gastrique sont les deux meilleurs modes d'emploi. M. Fournier rejette les fumigations, et combat l'emploi des injections de préparations solubles ou insolubles; aux injections de préparations solubles, il reproche de nécessiter la répétition de l'opération, répétition génante, dénonciatrice, dispendieuse, sans compter la douleur et les nodosités qui succèdent aux injections, inconvénients qui ne permettent de recourir à ce traitement que dans des cas spéciaux et très exceptionnels; aux injections de préparations insolubles, il reproche de ne pas permettre de connaître la quantité de substance active absorbée, de n'être pas dirigeables, de provoquer des accidents parfois sérieux et il ne reconnaît que la valeur d'une méthode d'exception, utilisable dans les cas où tous les autres traitements ont échoue et dans les cas où il faut frapper rapidement un grand coup, dans les cas de syphilis cérébrale très grave par exemple. C'est donc par ingestion que, dans la grande majorité des cas, on doit administrer le mercure : les préparations de choix sont la liqueur de Van Swieten, les pilules de Dupuytren et les pilules de proto-iodure, le proto-iodure convenant surtout aux étapes jeunes de la syphilis, le sublimé aux phases plus avancées; les effets thérapeutiques sont sensiblement égaux avec les deux remèdes, mais le sublimé produit plutôt l'intolérance gastrique, tandis que le proto-iodure provoque plus facilement la salivation ; le proto-iodure permet de réaliser des effets plus intenses parce qu'on peut en élever davantage les doses.

L'iodure de potassium, malgré les inconvénients inhérents à son emploi chez quelques malades, inconvénients que M. Fournier décrit avec détails, rend de grands services dans la syphilis: la dose de 3 grammes chez l'homme, de 2 grammes chez la femme représente la dose efficace moyenne; des doses plus élevées peuvent répondre à certaines indications, mais il est inutile d'arriver aux doses fantaisistes de 20, 30, 40 grammes parfois proposées. L'iodure de potassium ne saurait remplacer le mercure dans le traitement de la syphilis, il n'est même pas indispensable et la guérison d'un accident tertiaire doit toujours être suivie d'un traitement mercuriel, en vue de conjurer les récidives et de sauvegarder l'avenir.

Pour le traitement mixte, M. Fournier préfère à l'association des deux médicaments dans une même préparation pharmaceutique, telle que le sirop de Gibert, l'administration isolée du mercure et de l'iodure.

Le traitement antisyphilitique doit être prescrit dès que le diagnostic du chancre est certain, mais seulement alors, et il y aurait inconvénient à l'entreprendre dans les cas où la nature du chancre est douteuse. Il doit être donné, non suivant les indications opportunistes fournies par l'apparition des accidents, mais d'une manière préventive, alors que la syphilis reste latente, et cela parce que, ainsi, la syphilis secondaire demeure presque toujours légère et la syphilis tertiaire est le plus souvent inoffensive. Pour ce traitement prolongé, et longtemps prolongé, il y a avantage à ne pas continuer sans interruption l'usage des préparations antisyphilitiques, mais à les prescrire d'une manière intermittente. Le traitement mercuriel doit être continué dans la majorité des cas pendant 2 ou 3 ans, assez souvent pendant 4,5 et 6 ans; dans chacune des cures qui composent le traitement, il faut avoir soin de maintenir les doses à un taux véritablement efficace et d'adapter le choix des préparations mercurielles à la qualité des accidents à combattre et à la période morbide : commencer le traitement mercuriel par le proto-iodure, le continuer par l'usage du sublimé ou par des frictions.

Le traitement antisyphilitique doit être aidé par le traitement de l'état général et constitutionnel du malade, par l'hygiène, par un régime régulier, et, en raison de la fréquence et de la gravité des manifestations nerveuses de la syphilis, par une hygiène générale et morale plus rigoureuse encore chez les sujets prédisposés héréditairement aux affections nerveuses.

On voit, par ce rapide exposé, quel est l'esprit du livre dont nous avions à rendre compte : il nous suffit d'avoir montré au lecteur quel intérêt il comporte, quelle mine riche de faits et de réflexions on y rencontre à chaque page.

Georges Thibierge.

### NOUVELLES

Nous sommes heureux d'annoncer qu'à l'occasion du IIe Congrès International de Dermatologie et de Syphiligraphie, le Gouvernement français vient de conférer à M. le professeur Kaposi, président du Congrès, la croix d'officier de la Légion d'honneur; à M. le Dr G. Riebl, secrétaire général, la croix de chevalier; à M. le Dr Heger, organisateur de l'exposition annexée au Congrès, les palmes d'officier de l'Instruction publique.

Le Gérant : G. MASSON.

IMPRIMERIE LEMALE ET Cie, HAVRE

sales de Dermatologie

Les Lépreux du Midi de la France (Dr Zambaco)



# ÉMILE VIDAL

La Rédaction des Annales de Dermatologie, déjà éprouvée, cette année, par la perte de M. Horteloup, vient d'être frappée douloureusement une seconde fois. Émile Vidal, l'un des plus anciens collaborateur de ce journal, et l'un de ses directeurs, atteint inopinément, il y a quelques mois, par une maladie extraordinairement cruelle. a succombé, à Paris, le 16 juin 1893.

Pendant plus de vingt années, médecin et professeur libre à l'hôpital Saint-Louis, il avait, dès longtemps, marqué sa place et son rang dans l'École dermatologique française; et au moment même où la maladie l'a frappé, il continuait avec ardeur la publication du grand ouvrage qu'il avait entrepris en collaboration avec M. le professeur Leloir, de Lille.

Il avait pris la part la plus énergique et la plus féconde à la fondation de la Société française de dermatologie, dont il avait été le secrétaire général jusqu'à l'année 1893, au commencement de laquelle il en était devenu le président.

D'une grande générosité de cœur, d'une courtoisie parfaite, Émile Vidal laisse parmi nous un souvenir inoubliable; c'est avec une émotion poignante que nous avons assisté aux épisodes cruels de la maladie de notre cher et malheureux collègue; c'est avec admiration que nous avons été témoins de son courage stoïque.

Pour obéir à la volonté de M. Vidal, aucun discours n'a été prononcé à ses obsèques, et nous nous bornons aujourd'hui à exprimer notre douleur. Mais M. Vidal avait tenu parmi nous une trop grande place; le vide que sa mort laisse dans la dermatologie contemporaine est trop grand pour que nous n'ayons pas le devoir de résumer sa vie et son œuvre, et l'un de nous rendra prochainement au collaborateur que nous avons perdu l'hommage qui est dù à sa mémoire.

### TRAVAUX ORIGINAUX

### ECZEMA SEBORRHOICUM

Par le Dr Louis Philippson, de Hambourg.

1ºº PARTIE. - L'eczéma séborrhéique d'Unna.

### INTRODUCTION

Depuis la première publication sur l'eczéma séborrhéique faite au Congrès de Washington, 1887, jusqu'à ce jour. Unna a propagé sa nouvelle doctrine dans beaucoup de travaux qui ont paru dans tous les journaux spécialistes. Outre cela, il s'est étendu sur ce sujet aux différents congrès (Cologne, Paris, Birmingham, Hambourg à la Société médicale). Malgré des adversaires, la doctrine a fait son chemin et on lui a accordé un chapitre assez grand dans la traduction de Kaposi, par Besnier et Doyon, dans le Traité des maladies de la peau, par Leloir et Vidal, dans Traitement des maladies de la peau, par Brocq, dans Practical treatise of skin diseases, de Piffart, 1891, etc. On fait le diagnostic eczéma séborrhéique partout, et dans les comptes rendus des sociétés dermatologiques à l'étranger, on trouve très souvent des discussions sur ce sujet. En un mot, cette doctrine est une question à l'ordre du jour pour tous les dermatologistes, excepté ceux de l'Allemagne et de l'Autriche. Mais en jetant un coup d'œil sur toutes ces discussions, nous nous sommes persuadé que la signification de ce terme varie beaucoup, selon l'opinion des médecins : pour l'un, l'eczéma séborrhéique n'est qu'une maladie relativement rare, parce que cette opinion se rapporte aux cas d'eczéma acnéique de Bazin, seb. corporis de Duhring; pour l'autre, l'eczéma séborrhéigue enferme déjà des maladies plus universelles qui ont, comme point de départ, la localisation des premières, mais qui s'étendent sur le corps en forme de disques secs, graisseux, hyperhémiques et qui sont compliquées par du pityriasis capitis et corporis et de la séborrhée; pour d'autres enfin, s'additionne encore un élément eczémateux, et ils sont d'accord avec U. sur la base de sa doctrine prononcée à Washington. Mais celui qui a suivi cette doctrine, sait que U. a incorporé dans sa maladie aussi des cas qui sont pour d'autres de

vrais eczémas, de vrais psoriasis. Déjà en 1890 (Mon. f. prakt. Dermat., t. X, über die Parakeratosen im allgemeinen und eine neue Form derselben). U. a publié cette modification de sa doctrine, et depuis ce temps son domaiue s'est élargi de plus en plus.

Maintenant la doctrine s'est arrondie et est achevée, puisque U. a rempli les 3 postulats qu'il a déjà prononcés à Washington, de démontrer l'unité nosologique, histologique et bactériologique de sa maladie. Il a mis la dernière main à son œuvre par la découverte de l'élément parasitaire, dans les Morokokken (M. f. prakt. Derm., 1892, p. 413, 465, démonstration à la Société médicale de Hambourg).

Nous sommes donc maintenant à un point du développement de la doctrine, où il me semble très avantageux de passer en revue toute son histoire. Aussi, comme ancien assistant à la clinique de M. Unna, je crois avoir le devoir envers les médecins étrangers qui s'efforcent de bien approfondir leurs connaissances sur l'eczéma séborrhéique, de prononcer clairement une fois ce que Unna entend sous ce terme, et je crois contribuer au progrès de la dermatologie, selon mes faibles forces, en fixant les bases sur lesquelles repose cette doctrine, pour bien trouver les points de départ pour des travaux futurs.

La première nosographie de l'eczéma séborrhéique se trouve, c'est connu, dans le discours de U. au congrès de Washington, 1887 (Ann. de derm., t. IX, p. 98, iii, 1888). Le contenu de ce terme n'est pas inconnu aux médecins, mais ce qui est nouveau, c'est l'affirmation que toute une série d'états morbides de la peau et de maladies discutées dans les différents chapitres dans le système dermatologique ne forme en réalité qu'une seule maladie, une maladie sui generis, dont l'entité est basée sur l'unité de nosologie, d'histologie et de bactériologie. Déjà, dans cette description, la nosographie est unie organiquement avec les résultats histologiques et l'unité de la maladie n'est pas prouvée par l'observation clinique seule, mais elle est basée aussi sur la pathogénie. Pour cette raison, il est déjà nécessaire au commencement de bien distinguer entre les faits purement cliniques et les faits histologiques et, pour bien comprendre le développement ultérieur de la doctrine, il nous faut suivre à part l'histologie de l'eczéma séborrhéique et la nosographie. Commençons par la première!

Histologie de l'eczéma séborrhéique. (congrès Washington, l. c.). U. dit qu'on a réuni sous le terme séborrhée deux choses très différentes: 1° une vraie hypersécrétion graisseuse des glandes sudoripares, et 2° (à l'exception du vernix caseosa des nouveau-nés et du pityriasis tabescentium) des processus inflammatoires chroniques de la peau, ce sont toutes les autres, « séborrhées sèches ». Il les a examinées toutes microscopiquement et a trouvé qu'elles ne sont rien moins que des hypersécrétions des glandes sébacées (l. c., p. 102). « Ceci est

tout particulièrement vrai pour le pityriasis capitis qui détermine l'alopécie, que l'auteur considérait comme identique à la séborrhée capitis, en raison de ce qu'il peut démontrer cliniquement et histologiquement, que toutes les deux ne sont que des formes différentes d'une maladie cutanée inflammatoire bien définie, qui peut produire par suite d'une hypersécrétion des glandes sudoripares une quantité anormale de graisse. Cette quantité de graisse a son siège non seulement, comme on le croit généralement, dans les squames, mais traverse le derme tout entier et l'épiderme, comme dans aucune autre maladie actuellement connue. Les voies lymphatiques de toute la peau sont entièrement injectées de graisse et il en résulte une production de squames grasses. Cette graisse ne peut pas provenir des glandes sébacées, puisque, d'après les recherches concordantes de Malassez (qui a fait ses recherches sur le pityriasis capitis), de Schuchardt (qui a fait ses recherches sur des squames séborrhéiques et des verrues séborrhéiques de vieilles gens) et de l'auteur, ces glandes ne présentent aucun signe d'hypertrophie ou de suractivité; bien plus, elles sont complètement bouchées par des masses cornées très résistantes. C'est dans les glandes sudoripares où se trouve la véritable source de ce contenu anormal de graisse, ainsi que le démontrent : 1º l'identité de la graisse qui traverse le derme, l'épiderme et les squames avec celle des glandes sudoripares; 2º la modification inflammatoire, l'hypertrophie et les signes de l'augmentation anormale de l'activité de ces glandes; 3º la dilatation des pores de la sueur à l'intérieur des masses cornées épaissies, et 4º l'hypertrophie constante du produit normal des glandes sudoripares dans la profondeur de la peau, notamment du coussinet graisseux ».

Or, d'après le sens de ces paroles, le processus anatomique de l'eczéma séborrhéique est un processus inflammatoire chronique du derme qui touche principalement les glandes sudoripares et amène une hypersécrétion de graisse, qui se trouve dans le derme, l'épi-

derme et dans les squames.

D'après le texte, il est vrai, les modifications graisseuses se trouvent dans le pityriasis capitis et seborrhoea capitis, mais en citant Schuchardt qui a fait ses recherches sur des séborrhées dans d'autres régions, U. semble aussi avoir prouvé la même chose pour les autres séborrhées sèches. Quoi qu'il en soit, U. revient toujours à la production graisseuse des glandes sudoripares dans la description clinique de la maladie et elle joue un rôle important, même essentiel dans la nosologie.

Remarquons ici encore que dans cette publication qui date du mois de septembre, nous trouvons déjà des réponses pour plusieurs des questions que U. a formulé dans sa critique « Was wissen wir von der Seborrhoe? » (Ann. de dermat., t. VIII, p. 705-715, 1887) qui était

publiée dans les Monatshefte 1887, im Augustheft. Par exemple : (Ann., p. 715) question 2. D'où provient la partie cellulaire des produits de toutes les affections séborrhéiques? A quoi U. ajoute : « Toutes ces affections doivent être examinées à part, sans conclure de l'une à l'autre et à l'aide de méthodes uniformes pour chaque cas ».

3º D'où provient la partie grasse de toutes les séborrhées sèches,

inflammatoires ou non?

L'essentiel est de trouver une méthode permettant de conserver toute la graisse dans la préparation jusqu'au montage de la coupe.

8º L'examen histologique révèle-t-il une inflammation des glandes

sudoripares dans les séborrhées sèches?

9° S'il en est ainsi, à quoi tiennent les phénomènes inflammatoires? etc.

Dans la publication originale on trouve encore ce passage à la fin : « Durch erschöpfende Beantwortung dieser Fragen würde nach meiner Meinung das Wesen sämmtlicher seb. Affectionen ein für allemal geklärt und eine Reihe bisher willkürlich gebrauchter Begriffe entweder feste Bedeutung erhalten oder obsolet werden. Dann erst können wir behaupten, über diese Klasse von Dermatosen positive Kenntnisse gu besitzen. »

Poursuivons maintenant l'histologie de l'eczéma séborrhoïque, dont

le point principal est la pathologie des glandes sudoripares.

En 1888 (Congrès de Cologne. — Syphilis und Eczema seborrhoïque. M. P. D., t. VII, p. 1067), U. reconnaît encore l'importance des glandes sudoripares pour la nosologie de l'eczéma séborrhoïque, car il dit, p. 1078.

« Die seborrhoiker bringen, wenn sie zur zeit kein manifestes symptom ihres E. S aufweisen und syphilitisch erkranken, ihre facies seb. prägnant zum Ausdrucke, indem die betreffenden gefassbezirke durch den ausserlich latenten, aber in der Fiefe der Haut (an den Knäueldrüsen fortglimmenden, seborrhoischen Process für die Entfaltung der syphilide pradisponirt sind. »

Un moment critique dans cette question histologique est le discours d'Unna au congrès de Paris, 1890 (comptes rendus, p. 749, sur

l'histologie de l'eczéma séborrhoïque).

« J'ai étudié histologiquement 14 cas de cette maladie et parmi ces cas, se trouvent presque toutes les formes et variations du type : le type sternal, des papules croûteuses, des papules humides, de vrais eczémas autrefois appelés : eczéma chronique rouge, dont j'ai pu démontrer l'origine séborrhoïque, des papules presque psoriasiformes, etc. »

« Quel est le caractère commun dans toutes les préparations histologiques de l'eczéma séborrhoïque? (U. fait ici la distinction de deux formes, qui se développent vers l'eczéma humide et vers la forme sèche, psoriasiforme). C'est un syndrome histologique, composé de 5 symptômes ».

« Les 4 premiers points sont communs à une grande quantité d'inflammations superficielles de la peau, seulement le symptôme 5 caractérise ce que je nomme eczéma séborrhoïque; c'est un signe pathognomonique pour cette maladie. » Et le symptôme 5 est:

« Une altération des couches épithéliales commençant dans les derniers rangs des cellules épineuses et se continuant dans les rangs des cellules cornées, d'une nature purement ædémateuse. » (Dans le texte ce dernier mot se trouve en caractère plein.)

En 1890 le symptôme histologique pathognomonique n'est plus la graisse provenant des glandes sudoripares, n'est plus le processus inflammatoire chronique de ces glandes, mais seulement une altération des couches épithéliales œdémateuse. Plus que ça, dans toute la description il n'y a pas un mot ni sur les glandes sudoripares, ni

sur la graisse.

La dernière phase dans l'histologie se trouve dans l'autoreferat de U. sur une démonstration faite à la Soc. med. de Hambourg, 1892, mai 3, nº 17. (Mon. f. prakt. Derm., 1892, p. 413 et 465) et dans le compte rendu April 19 (loc. cit., p. 413). U. représente des « kunstliche eczem flecke » qu'il a produits sur lui-même et sur le domestique du laboratoire par une espèce particulière de cocci et puis sur un lapin qui montre à deux places un « progressiv n Haarausfall mit Schuppung » analogue « der menschlichen Alopecia pityrodes », à deux places, où il a été inoculé avec « den Kokken des Eczéms ». U. montre aussi les différences entre la pustule de l'impétigo et « Eczemblaschen ». Il dit textuellement : « Obwohl wenn vorhanden, charakteristisch für das Ekzem, ist das Bläschen keineswegs die gewohnliche Primarefflorescenz, wie es nach den Lehren der Wiener Schule angenommen wird. Andere Primarefflorescenzen, vor allem mit Schuppen und Krusten bedeckte, flache, papulose Erhebungen sind viel haüfiger, und aus diesen kann sich das Bläschen auf verschiedene Weise entwickeln ». « Das Eczembläschen stellt einen unter der Hornschicht gelagerten eiterigen Fropfen dar, welcher durch das Eindringen der maulbeerformigen Kokkenkaufen des Eczemcoccus unter die Hornschicht, erzeugt wird ».

Il me fallait citer ici déjà des faits non histologiques, pour montrer que les signes pathognomoniques de l'histologie sont repoussés maintenant par la découverte du coccus de l'eczéma et par la preuve expérimentale de sa nature étiologique. Constatons déjà ici que U. parle de « Eczem blaschen » und « eczem » sans épithète « seborrhoicum », ce que nous allons comprendre après avoir poursuivi le

développement du côté clinique de la doctrine.

Malgré que U. ne reconnaisse plus la signification des glandes

sudoripares pour l'eczéma séborrhoïque, malgré cela nous trouvons des reproductions de coupes microscopiques provenant de U. dans trois œuvres, dans le Traité descriptif de Leloir et Vidal, dans la traduction allemande de ce traité et dans l'œuvre de Piffard, qui doivent démontrer la richesse de la peau à graisse, provenant des glandes sudoripares.

En comparant l'édition française à l'édition allemande de l'œuvre de Leloir-Vidal, on se persuade que sur la dernière planche on a représenté une autre coupe, parce que celle de l'édition première est

« un cas exceptionnel ».

Il n'est plus nécessaire d'insister plus longtemps sur ce point, la base histologique pour l'eczéma séborrhoïque, si toutefois elle a existé en 1887, elle n'existe plus aujourd'hui et celui qui veut démontrer l'unité des symptômes de l'eczéma ne doit pas s'appuyer sur une pathogénie qui est fondée sur l'histologie.

## La clinique de l'eczéma séborrhéique.

Si nous commençons maintenant à poursuivre le développement du terme purement clinique de l'eczéma séborrhéique, il est nécessaire de se rappeler quelle base anatomo pathologique elle a eu déjà au commencement et de faire attention aussi au sens qu'Unna donne dans les différents temps à la notion de l'eczéma en général.

En 1887 (Congrès de Washington) Unna parle outre de l'eczéma séborrhéique aussi d'autres espèces d'eczéma et ne regarde l'eczéma séborrhéique comme un type comme un type des plus importants, « de mes types d'eczéma » Dans l'eczéma séborrhéique il réunit des lésions de la peau qui se trouvent dispersées dans de très différents chapitres du système d'Hébra. Pour avoir un coup d'œil rapide sur ce cadre de maladies, j'en ai fait cette table de matières:

1) Certaines formes d'eczéma chronique squameux.

 Certaines formes d'eczéma humide chez des enfants sans vésicules.

3) Pityriasis capitis et corporis. Alopecia pityrodes.

Eczema chronicum capitis. Seborrhoea sicca capitis et corporis.

4) Seborrhoea corporis Duhring. Eczéma acnéiforme du sternum Bazin, etc., types décrits sous de très différents noms.

5) Quelques formes de psoriasis.

Ces lésions si polymorphes forment d'après Unna une entité morbide, une maladie sui generis, outre par leur pathogénie, sur la valeur de laquelle nous avons déjà parlé, aussi par leur nosologie.

On trouve ces lésions plus ou moins ensemble sur le même individu et on voit se changer l'une des formes dans l'autre au cours d'une maladie donnée (Ann. 1888, p. 109). « L'eczéma séborrhéique progresse toujours lentement à la périphérie, après avoir persisté à son point d'origine, souvent pendant des années et avec des symptômes légers. Comme ce point est en général le cuir chevelu, il en résulte, dans la grande majorité des cas, la marche descendante de la maladie. Mêmes les eczémas séborrhéiques à marche rapide restent ici long-temps stationnaires et cette propagation de la maladie de haut en bas, avec préférence des points déjà indiqués de la moitié supérieure du corps, est si caractéristique, qu'on peut la considérer comme pathognomonique pour l'eczéma séborrhéique. Aucun autre eczéma et aucun psoriasis ne suit cette marche, etc. »

Nous voyons que la nosographie comme aussi la nosologie est définie assez exactement, pour permettre une différenciation d'un côté entre l'eczéma séborrhéique et les autres eczémas et d'autre côté entre l'eczéma et d'autres maladies. Mais constatons aussi que pityriasis capitis et seborrhoea capitis est d'après Unna, comme « il a démontré cliniquement et histologiquement », la même anomalie et que même des symptômes légers de telle sorte sur le cuir chevelu ont la signification de l'eczéma commençant! Constatons aussi que l'eczéma se montre aussi dans la face seulement sous la forme d'un pityriasis et chez les femmes dans une coloration légèrement jaunâtre du front et des parties latérales des joues! Il est nécessaire d'avoir toujours ces constatations sous les yeux, parce que dans le développement de la doctrine de « l'eczéma séborrhéique » ces anomalies gagnent peu à peu une très grande valeur diagnostique. Pour avoir un coup d'œil plus commode sur ces lésions si polymorphes, on peut bien diviser le contenu de l'eczéma séborrhéique en des maladies plus ou moins bien définies, comme les formes de l'eczéma chronique squameux, comme la seborrhoea corporis Duhring et en des états morbides plutôt que de vraies maladies, comme le pityriasis capitis et corporis et la coloration jaunâtre. En 1887 les symptômes appartenant aux maladies déjà longtemps étudiées ensemble avec leurs cours dans un cas donné prévalent aux indices de ces états morbides dans la nosographie et dans le diagnostic, mais peu à peu le rôle va changer et la différence, entre les maladies et les états morbides, se marque mieux.

Le contenu de l'eczéma séborrhéique s'élargit considérablement dans la publication des parakératoses en général et d'une de leurs formes nouvelles (*Annales*, 1890. M.P.D. 1890, Bd X, Maiheft). *Annales*, p. 723.

« L'entité reconnue (de l'eczéma séborrhéique), l'étude de ses nombreuses modifications montra qu'un certain nombre d'entre elles seulement (pityriasis capitis, eczéma séborrhéique squameux et croûteux; guttatum et gyroïde du sternum, de la surface de flexion des membres, du corps) affectaient la forme d'une véritable parakératose (de caractère graisseux), tandis que d'autres formes très importantes de la même dermatose, provenant temporairement et localement des premières et ne pouvant par suits en être séparées, offraient les caractéres connus de l'eczéma papuleux vésiculeux, humide, infiltré. Les recherches faites depuis par Unna et d'autres dermatologistes ont montré — ce que personne n'avait soupçonné autrefois par suite du peu d'attention accordé aux séborr'iées de la tête — que les eczémas sont pour la plupart d'origine séborrhéique. »

Pour compléter bien ce moment critique important dans la doctrine de l'eczéma séborrhéique, je cite encore les phrases dans l'original

allemand: l. c., p. 409 et 410.

a Die Leser dieser Zeitsch. wissen, das diese Ueberzeugung (nämlich von dem entzündlichen Charakter der Seborrhoea sicca) durch unausgesetzt sich erweiternde Erfahrungen snich mit parallel wachsender Sicherheit dahin führte, den Begriff einer neuen dermatose aufzustellen, die wirklich einen rein entzundlichen Charakter besitzt, den Begriff des E. s. Nachdem diese u. s. w. comme cidessus. »

Nous voyons qu'en 1890, vis-à-vis de l'an 1887 l'eczéma séborréique n'est plus restreint aux certaines formes de l'eczéma chronique squameux et aux séborrhées du sternum, c'est seulement un certain nombre, mais qu'il renferme aussi d'autres formes très importantes, qui offrent les caractères connus de l'eczéma papuleux, vésiculeux, humide, infiltré. Et ces dernières formes ne sont pas de simples complications de l'eczéma séborrhéique de l'an 1887, mais elles proviennent temporairement et localement du premier et ne peuvent par suite en être séparées. Et Unna et d'autres dermatologistes de l'Allemagne et de l'étranger (M.P.D. 1890, p. 410) ont trouvé que les eczémas sont pour la plupart d'origine séborrhéique. Pourquoi? parce qu'on trouve dans ces cas les séborrhées de la tête.

Tandis qu'en 1887, le cours de la maladie et le caractère séborrhéique, basant sur des observations cliniques et histologiques, étaient les signes pathognomoniques de l'eczéma séborrhéique, c'est la seule constatation de la séborrhée de la tête (c'est-à-dire du cuir chevelu, pityriasis, séborrhée sicca, alopecia pityrodes) qui suffit pour faire le diagnostic : eczéma séborrhéique. On voit qu'il était convenable de faire déjà au commencement de la doctrine de l'eczéma séborrhéique la distinction entre les maladies véritables et les états morbides, qui se trouvaient réunis dans le cadre de l'eczéma séborrhéique. J'ai aussi attiré l'attention sur le fait que dans le développement de la doctrine les états morbides l'emportent sur les maladies quant au diagnostic et par conséquent aussi quant aux frontières circonscrites d'abord au domaine de l'eczéma séborrhéique. Sur ce point du développement de la doctrine il est déjà difficile de savoir quelle place l'eczéma séborrhéique occupe dans la série des maladies de la peau et spécialement quelles sont les relations de l'eczéma séborrhéique et d'autres espèces de l'eczéma. Sur ces questions Unna nous donne des réponses dans le même travail.

L. c. p. 726: « Les inflammations provoquées artificiellement sur la peau, quelque diverses qu'elles soient, ne sont jamais comparables aux eczémas typiques, spontanés. Il (Unna) sépare donc absolument les dermatites artificielles et les eczémas. Pour lui les eczémas, sont toujours d'origine externe, mais non de nature simplement traumatique (trauma pris dans le sens le plus étendu aussi chimique, V. M.P.D. 1890, p. 444, note), ils sont provoqués et compliqués par la présence persistante dans l'épiderme d'organismes et de micro-organismes (très probablement de nature phytoïde). Il n'y a pas pour Unna un eczéma ou l'eczéma, mais une série d'eczémas évoluant suivant des types divers, dont les symptômes cliniques, les caractères anatomiques, le pronostic et le traitement sont aussi variables que les organismes qui les provoquent. » Arrêtons un moment!

Si Unna parle ici des types divers de l'eczéma, il n'a plus le même sens comme dans sa publication 1887, où il parle d'un type des plus importants de ses types d'eczéma, mais tout un autre sens, car il continue : « tels sont, par exemple : l'eczéma scabiéque; l'eczéma séborrhéique; l'eczéma prurigineux; l'eczéma folliculaire; l'eczéma tuberculeux; etc. »

Sans discuter ce groupement, il suffit de constater que maintenant Unna emploie le mot eczéma dans un sens très étendu et l'eczéma séborrhéique n'est plus opposé à d'autres types d'eczéma, qu'il a retiré de la « olla podrida dit eczéma chronique » (voir Annales, 1888, p. 99), mais il renferme tout l'eczéma d'Hébra outre le contenu, que ce terme a eu déjà en 1887. Mais de l'eczéma d'Hébra sont exclues quelques formes, ce sont les dermatites artificielles. En vérité aussi ces dermatites sont en même temps enfermées dans le cadre de l'eczéma séborrhéique comme exclues. Voici les paroles d'Unna : (l. c. p. 727). En parlant de la gale des maçons, il continue : « A première vue il semble bien que la profession seule soit ici la cause de l'eczéma, mais l'examen, pendant les intervalles indemnes, montre que l'eczéma existe toujours à un faible degré et une étude ultérieure révèle un état eczémateux et éventuellement des antécédents eczémateux : par exemple un pityriasis capitis, une alopécie pityrode, des eczémas intertrigineux, disséminés, de l'eczéma séborrhéique du sternum, dont l'existence a passé jusqu'à présent inaperçue. Combien il devient ici facile d'identifier la dermatite traumatique avec l'eczéma chronique qui s'y ajoute et de prendre cette cause occasionnelle comme la véritable cause de l'eczéma! Ce n'est que depuis que Unna a appris à reconnaître les eczémas dits professionnels comme étant régulièrement le produit de deux facteurs, d'une cause d'eczéma (organique) préexistante et d'une cause nocive déterminante (chimique ou mécanique), qu'il a adopté la formule négative de Bulkley: « la dermatite artificielle n'est nullement un eczéma. Toutefois il cherche ailleurs les véritables causes de l'eczéma ».

Cette différence que Bulkley fait entre la dermatite artificielle et un eczéma plaît certainement à chaque médecin, mais elle est pour Unna tout à fait théorique, car en pratique, je ne crois pas exagérer, il n'existe presque pas un cas de dermatite artificielle, où l'on ne trouve pas ou pityriasis capitis ou alopécie pityrode dans de différents degrés de développement. Or cette constatation suffit pour Unna, comme nous avons vu, à faire le diagnostic eczéma seborrhéique. En réalité donc Unna exclue et renferme de nouveau en même temps les dermatites artificielles et par conséquent son eczéma séborrhéique contient tout l'eczéma d'Hébra, agrandi par l'eczéma séborrhéique de l'an 1887.

Comme nous venons de voir Unna emploie dans cette publication sur la parakératose la notion d'eczéma dans deux sens; eczéma est une notion de genre et d'espèce. Pour connaître la position de l'eczema seborrhoicum vis à vis d'autres maladies, on ne doit pas comparer les différents eczémas entre eux, parce qu'ils ne sont que de différentes

espèces d'un genre, du genre eczéma.

Unna oppose ce genre eczéma à un autre genre de maladies définies, ce sont les parakératoses, les deux ensemble forment la famille des catarrhes de la peau « (l. c. p. 727) dont nous ne connaissons encore qu'une faible partie, qui sont produites par des organismes parasitaires (p. 728) ». Tous les catarrhes infectieux de la peau, comme prototypes, il cite l'eczéma scabiéique et la trichophytie du corps, concordent par ces caractères principaux (des anomalies de kératinisation, etc.), ils en diffèrent essentiellement par l'intensité de la réaction inflammatoire jusqu'à l'exsudation séreuse la plus accusée. Par suite il est facile de les séparer en deux grands groupes : Les catarrhes secs et les catarrhes humides. Il désigne les membres du premier groupe sous le nom de parakératoses, ceux du second sous celui d'eczémas. Mais il est évident que ces groupes ne sont pas nettement séparés. Il y a quelques types que l'on hésite à ranger parmi les catarrhes secs ou humides. Le principal avantage de cette théorie consiste précisément à rapprocher les états eczémateux et psoriasiformes, car ce rapprochement correspond à l'analogie naturelle des processus. D'après nos connaissances actuelles (1890) Unna range sans hésiter parmi les parakératoses ainsi définies le pityriasis capitis et d'autres formes sèches du catarrhe séborrhéique, le psoriasis, le pityriasis rubra pilaire Devergie, l'ichthyose vraie qui n'est jamais congénitale, mais n'apparaît d'ordinaire que dans la 2° année de la vie, le pityriasis rubra Hebra, le pityriasis Gibert, la trichophytie du corps et du cuir chevelu. » Arrêtons ici!

Dans cette systématisation (1) on est étonné de deux choses. Unna compte les eczémas sous les catarrhes humides, lui qui prétendait en 1887 seulement réformer l'eczéma chronique sec. Mais il faut nous rappeler ici qu'Unna et d'autres dermatologistes de l'Allemagne et de l'étranger ont trouvé que « d'autres formes très importantes de l'eczéma séborrhéique offrent les caractères connus de l'eczéma papuleux, vésiculeux, humide, infiltré » et que nous avons déjà constaté que maintenant l'eczéma séborrhéique renferme outre l'eczéma séborrhéique de l'an 1887 aussi le reste de l'eczéma d'Hebra. Voici la raison de prétendre que l'eczéma séborrhéique appartient aux catarrhes humides. Il ne nous regarde pas ici, pour quelles raisons l'eczéma scabiéique, l'eczéma prurigineux, l'eczéma folliculaire appartiennent aux catarrhes humides ; il suffit de savoir que l'eczéma séborrhéique est un catarrhe humide. La deuxième chose qui nous étonne est de trouver soudainement le pityriasis capitis et d'autres formes sèches du catarrhe séborrhéique aussi nommés sous les catarrhes secs, des lésions qui appartiennent déjà 1887 à l'eczéma séborrhéique et qui en formaient, pour ainsi dire, le centre de l'eczéma séborrhéique, autour duquel se cristallisait tout le contenu de la nouvelle doctrine. Mais Unna dit lui-même que « le principal avantage de cette théorie (de la division en eczéma et parakératose) consiste précisément à rapprocher les états eczémateux et psoriasiformes, car ce rapprochement correspond à l'analogie naturelle des processus ». Par conséquent il est un avantage de séparer non pas du genre eczéma une espèce d'eczéma, comme par exemple ou l'eczéma scabiéique, ou l'eczéma prurigineux ou un autre et de le mettre dans le genre parakératose, le catarrhe sec, mais il est un avantage d'après Unna de diviser une des espèces d'eczéma et de laisser une partie dans l'espèce d'eczéma, dans l'eczéma séborrhéique et de mettre l'autre partie non pas près des autres eczémas dans le groupe d'eczéma, mais de la mettre au dehors du genre d'eczéma dans le genre des parakératoses, les catarrhes

# TABLE DE CETTE SYSTÉMATISATION CATARRHES INFECTIEUX

Cutarrhes SECS. — Parakératoses :

Pityriasis capitis et d'autres formes sèches du catarrhe SEBORRHÉIQUE (état eczémateux):

Psoriasis (état psoriasiforme).

Pityriasis rubra Devergie.

Ichthyosis.

(1)

Pityriasis rubra Hebra.

Pityriasis rosea Gibert.

Trichophytia corporis et capitis.

### Catarrhes HUMIDES. - Eczémas :

E. scabiéique.

E. séborrhéique.

E. prurigineux.

E. folliculaire.

secs. Cet avantage, au premier abord, illogique et incompréhensible, consiste dans le rapprochement des états eczémateux et psoriasiformes. Ce mot d'état éclaircit tout à coup la situation et nous retrouvons la suite des pensées d'Unna. Nous n'enlevons pas, d'après lui,
de l'eczéma séborrhéique une partie de ses cas, mais seulement un
état morbide, l'état eczémateux.

Nous avons déjà découvert la source de cette division au commencement de la doctrine, où nous avons dit, qu'on peut faire du contenu de l'eczéma séborrhéique, 2 groupes: l'eczéma séborrhéique consiste en maladies et en états morbides. Ces états morbides se composent de pityriasis capitis et corporis, de séborrhée sèche capitis et corporis, de séborrhée huileuse, de coloration jaune, etc. Parce qu'une seule de ces lésions suffit pour Unna; pour parler de l'eczéma séborrhéique il a pu agrandir le domaine de l'eczéma séborrhéique en trouvant ces indices dans des cas d'eczéma vésiculeux, papuleux, humide, infiltré, et en les trouvant aussi dans des cas de dermatites artificielles. C'est pour la même raison qu'il y a des relations, et des relations très intimes, entre l'eczéma séborrhéique et les catarrhes secs, où l'on trouve aussi quelques-uns de ces indices si ordinaires. Et maintenant ce n'est qu'une affaire de temps, combien de ces catarrhes secs l'état eczémateux, c'est-à-dire l'eczéma séborrhéique en laisse de reste. Constatons seulement qu'Unna ne parle plus de psoriasis, mais d'états psoriasiformes (en pluriel aussi qui fait la matière encore plus éthérique qu'elle n'est) et il est à attendre que ses deux entités éthériques se marient bientôt.

Après avoir découvert aussi dans cette publication la suite des pensées d'Unna, nous pouvons bien formuler les conséquences pratiques de la doctrine de l'eczéma séborrhéique dans ce moment de son développement. Parce qu'il suffit de constater la séborrhée du cuir chevelu (séborrhée dans le sens le plus étendu d'Unna), pour faire le diagnostic d'eczéma séborrhéique, par conséquent tous les cas avec des états eczémateux (pris aussi dans le sens étendu d'Unna) et avec des états psoriasiformes (pris dans le sens grossier willanique) sont d'après Unna des cas d'eczéma séborrhéique. Pour donner une preuve objective que notre conclusion est juste, je renvoie les lecteurs à la statistique des malades traités dans la policlinique de M. Unna, où l'on trouve sous n° 7, des maladies infectieuses aiguës et chroniques de l'épiderme (Mon. f. prakt. Derm., 1892, t. XV, n° 10, p. 522).

	MALADIE	MASCULIN	FÉMININ	SOMME
No 7	Dermatitis	2		2
	Seborrhoea capitis	5	7	12
				(dans l'original par erreur 13)
	Eczéma seborrhoïcum	108	93	201

MALADIE	MASCULIN	FÉMIMIN	SOMME
Rosacea seborrhéïque	1	2	3
Eczéma tuberculeux	3	2	5
Psoriasis	6	4	10
Et sous no 10 des troubles nutri	tifs régres	sifs:	
Alopécie	4	2	6

La somme totale des cas est 712.

La plupart des eczémas sont donc eczémas séborrhéiques, il ne reste plus pour d'autres eczémas que 5 cas pour l'eczéma tuberculeux. Aussi le nombre de dermatite est minime, mais nous savons que dans un cas donné de dermatite artificielle il suffit d'un peu de seborrh. capitis pour le marquer comme eczéma séborrhéique. Finissons-en! et ne nous faisons pas de peine, ou quelle signification a dermatitis sous le chapitre des maladies infectieuses, puisqu'il se trouve un numéro (5) propre aux inflammations traumatiques (combustio, contusio); ou quelle signification il y a de séparer seborrh. capitis de l'eczéma séborrhéique; ou quelle signification il y a de séparer alopécie de l'eczéma séborrhéique et de la mettre en n° 10.

Sur ce point de son développement la doctrine de l'eczéma séborrhéique se rapporte et à toute une série de maladies, qui se trouvaient avant l'exposé de cette doctrine dans des chapitres très différents de la dermatologie, et à un état morbide, l'état séborrhéique. Nous avons vu que la base anatomique et nosologique que l'eczéma séborrhéique a en 1887, n'existait plus en 1889 (Congrès de Paris : sur l'histologie de l'eczéma séborrhéique) et maintenant où tout l'eczéma d'Hebra y est entré ensemble avec la plupart des dermatites artificielles, cette base existe d'autant moins.

Pour cette raison il fallait chercher un autre lien qui réunit cette mixture composite. Ce lien, Unna l'a découvert, dans l'unité d'étiologie, dans les morococci, les cocci de l'eczéma séborrhéique (Mon. f. prakt. Derm., t. XIV, p. 413 et 465). C'est la phase ultérieure dans le développement de la doctrine de l'eczéma séborrhéique.

Unna a laissé entrevoir cette découverte déjà dans sa 1<sup>re</sup> publication sur ce sujet (Washington, 1887), car il dit, après avoir parlé de l'histologie de l'eczéma séborrhéique (*Ann. de Derm.*, 1888, p. 102):

« L'auteur n'entre pour le moment dans aucun détail sur les recherches bactériologiques encore inachevées, qui prouvent le caractère parasitaire de l'eczéma séborrhéique. »

Et dans l'original (Mon. f. pr. Derm., 1887, p. 834) :

« Die genaure Ausfuhrung aller dieser, hier nur in groben Umrissen vorgeführten Punkte (de l'histologie) muss ich mir für eine grössere Arbeit über diesen Gegenstand aufsparen (au lieu de cela voyez l'histologie dans les comptes rendus du Congrès de Paris). Ebenfalls will ich hier nicht auf die noch nicht abgeschlossenen bakteriologis-

chen Versuche eingehen, welche den parasitären Charakter des seb. ekzuns erweisen.  $^{n}$ 

L'eczéma séborrhéique qui faillit s'écrouler en rien, après être dépourvu de la base anatomique, de l'unité de la nosologie et de la nosographie, se fonde aujourd'hui sur la base moderne, l'unité de l'étiologie bactériologique. Ainsi que Koch définit la tuberculose comme la maladie causée par son bacille et la scrofulose (en grande partie) comme un état morbide engendré par des bacilles latents, aussi bien Unna définit son eczéma seborrhoicum comme la maladie causée par ses morococci et la séborrhée comme un état morbide engendré par des morococci latents.

Si l'on compare maintenant le contenu de l'eczéma séborrhéique de l'an 1887 avec le contenu actuel, on ne peut plus douter qu'il n'existe aucune autre ressemblance entre les deux que le nom.

## Le traitement de l'eczéma séborrhéique.

La soi-disant maladie « eczéma séborrhéique » ne manque de rien; elle a eu, en 1887, sa propre nosographie, nosologie, elle a eu aussi son propre pronostic et son propre traitement (Annal, 1888) (Annal., p. 110, 1888). Unna a eu, dit-il, à traiter dans sa clinique des malades atteints de cette affection chez lesquels le diagnostic de psoriasis avait été fait par des spécialistes que l'auteur honore comme des maîtres de notre art. Il peut, en outre, affirmer que cette affection existe tout aussi bien en Russie, en Scandinavie, en Angleterre, en Hollande, en France, dans l'Amérique du Nord qu'en Allemagne. Il ne croit pas se tromper en disant que non seulement, avec la connaissance approfondie de l'eczéma séborrhéique, on diagnostique plus exactement et on guérit plus rapidement une partie des eczémas, mais encore un grand nombre des exanthèmes psoriasiformes qui ont été séparés du véritable psoriasis et qui permettent de poser un pronostic plus favorable. (P. 111) « le pronostic de l'eczéma séborrhéique est essentiellement plus favorable que celui du psoriasis... Mais il ne faut pas conclure de ce qui vient d'être dit que la guérison de l'eczéma séborrhéique soit toujours une chose facile. Il n'en est pas ainsi, parce que, dans ces cas, les glandes sudoripares sont atteintes, et exigent un traitement méthodique et suivi. Mais on a toute une série d'excellents remèdes à opposer à cet état. En première ligne, le soufre qui est presque un spécifique... Contre les formes squameuses et croûteuses, le soufre agit également bien, mais la chrysarobine, le pyrogallol et la résorcine ont une influence encore plus prompte... Par contre, la pommade de Hébra et les préparations de goudron n'agissent ici que d'une manière insuffisante. Même dans la forme humide, il faut préférer de beaucoup la pommade de

zinc et de soufre à celle de plomb ». En parlant de l'arsenic, Unna dit : « Comme la prophylaxie locale du lieu d'origine de l'eczéma séborrhéique (c'est-à-dire le cuir chevelu) joue, après la guérison de cette maladie, le rôle principal, il n'est pas très partisan de la thérapie arsénicale ».

Aussi, dans la combinaison de l'eczéma séborrhéique avec la syphilis (1888), le soufre joue un grand rôle dans la thérapie.

Au congrès de Paris, nous entendons Unna énoncer ces paroles (Comptes rendus, p. 544). « Je dirai, moi : traitez la séborrhée des enfants, et vous n'aurez pas plus tard d'eczémas chez les adultes. »

Au congrès de Birmingham (Annal. 1890, Nature et traitement de l'eczéma), Unna parle, pendant tout le discours, de l'eczéma dans le sens ordinaire, et donne à l'égard de l'étiologie la définition suivante: « L'eczéma est un catarrhe parasitaire chronique de la peau avec desquamation, démangeaison et tendance à l'exsudation et à la production de lésions inflammatoires accentuées. Il continue: « Le traitement de l'eczéma, basé sur la doctrine parasitaire de cette maladie, donne des résultats extraordinairement bons qui viennent à l'appui de cette doctrine ».

Et puis : « On peut distinguer avec certitude par leurs symptômes cliniques et par leur marche plusieurs formes d'eczémas chroniques, qui ont toutes leur type particulier, leurs variétés spéciales, et par suite, leur traitement spécifique ». Maintenant, chaque auditeur croyait entendre de nouveaux types d'eczéma qu'Unna a tirés de l' « olla podrida » d'Hébra. Quod non! Unna continue : « Tels types particuliers sont, par exemple, l'eczéma scabiéique, l'eczéma séborphéique, l'eczéma folliculaire... »

rhéique, l'eczéma folliculaire... ».

Mais nous comprenons très bien quelle signification a ici le type eczéma séborrhéique dont (mai 1890, trois mois avant ces paroles, à Birmingham) Unna avait parlé dans son article Parakeratose (Annal., p. 723); c'est que l'eczéma séborrhéique est l'eczéma séborrhéique de 1887, tout le reste d'eczéma de Hébra et des cas de psoriasis. Maintenant nous comprenons les résultats « extraordinairement bons » de la doctrine parasitaire; ces paroles veulent dire qu'il faut traiter l'eczéma (pris dans le sens commun) autrement que la scabies. Malgré que tout le monde connaît le traitement de l'eczéma, Unna énumère à la fin de son discours le traitement « spécifique » pour son eczéma, c'est-à dire les remèdes ordinaires. Constatons que d'après ses paroles, le soufre seul n'est plus spécifique, mais beaucoup de remèdes, et que maintenant le plomb est réhabilité de nouveau.

Pour faire la conclusion, je tire les conséquences des résultats extraordinairement bons que sa doctrine a donné à Unna, avec des paroles propres à lui au commencement de son discours : « The question of eczema has for long been the barometer from which we can read the exact position of dermatology at any particular period, just as success in the treatment of eczema gives a good standard by which to measure the ability of any given dermatologist (... de même que les résultats obtenus par un dermatologiste dans le traitement de l'eczéma donnent la mesure de son habileté) ».

Et maintenant, qu'on me montre l'avantage pratique de la doctrine

de l'eczéma séborrhéique.

# 2º Partie. — L'eczéma séborrhéique des auteurs.

Il est très naturel que les médecins qui voulaient faire le diagnostic de cette maladie d'après Unna, ne sont pas d'accord avec lui, parce que sa description de 1887 déjà n'était pas purement clinique, mais déjà mêlée d'hypothèses et de postulats pas encore prouvés. C'est pourquoi ils essayaient et essaient de se tirer d'affaire, en nommant eczéma séborrhéique ceux des cas qui n'étaient pas encore bien classifiés et pour lesquels le nom allait très bien, parce qu'il contient dans ces composants, eczéma et séborrhée, toutes les qualités nécessaires, pour s'appliquer à des cas ressemblant dans l'extérieur un peu à l'eczéma et un peu à la séborrhée, c'est-à-dire à des cas avec des caractères assez vagues. Au lieu d'attendre jusqu'à ce que les questions qu'Unna lui-même avait formulées dans sa critique : « Que savons-nous de la séborrhée? » fussent résolues et jusqu'à ce que les travaux méthodiques de l'école française sur les symptômes élémentaires de l'eczéma d'Hebra fussent un peu plus avancés, au lieu d'attendre, on croyait avoir d'un seul coup dans la doctrine de l'eczéma séborrhéique, la solution de toutes ces questions si ardues.

Les médecins circonspects reconnaissaient dans la description de l'eczéma séborrhéique, quelques traits familiers et croyaient que le créateur de la doctrine en avait déjà approfondi les connaissances. D'autres enfin acceptaient la doctrine, comme une chose tout à fait nouvelle, en supposant que tous les points litigieux dans la question

de l'eczéma et de la séborrhée y fussent écartés.

Pour notre tâche nous n'avons qu'à tenir compte des médecins qui n'acceptent l'opinion d'un autre qu'après l'avoir bien examinée. (Les élaborats des autres sont déjà critiqués implicitement dans la partie première.)

Je cite Brooke (Medical Chronicle, Febr. 1888. On a form of socalled Seborrhoea, p. 485). Sur une forme de soi-disant séborrhée, qui est publiée une année après la 1re publication d'Unna. Il y traite des maladies qui étaient décrites sous de différents noms par Duhring, Colcott, Fox, Payne, Pye-Smith, Behrend etc.: seborrhoea corporis, lichen annulatus, serpiginosus, etc. Brooke est de l'opinion que le pityriasis Gibert appartient aussi à cette classe de dermatoses et qu'elle est seu-

ie

lement une modification selon la localisation régionnaire. D'après lui. il y a des éruptions aiguës sur le corps sortant des plaques anciennes du tronc. Dans de tels cas on trouve souvent l'alopécie pityrodes partielle ou totale et pityriasis capitis. Il donne le nom de séborrhée corporis à tout ce syndrome, sans vouloir préjuger la pathogénie. On trouve aussi des cas de cette maladie compliqués par un eczéma aigu, principalement chez des enfants, qui s'étend ordinairement de la tête sur le corps (p. 491) « in my experience the access of acute conditions of eczema, even in acute cases of almost universal seborrhoea is not of frequent occurrence ». (D'après mes expériences, la complication avec un eczéma aigu, même dans des cas aigus de séborrhée presque universelle, ne se trouve pas souvent.) Par conséquent Brooke n'accepte pas l'opinion d'Unna (p. 491). Cannot think that Unna has done well to stamp, as he has done, the whole mass of symptoms just detailed with the name eczema seborrhoicum. (Je ne crois pas qu'Unna a bien fait de marquer toute la masse de symptômes avec le nom d'eczéma séborrhoïque).

Nous voyons que Brooke touche la question du côté clinique et non pas, comme Unna, du côté pathogénique; par conséquent pour le premier la compréhension du sujet est beaucoup plus restreinte que pour le dernier. Mais dans la publication suivante le domaine du sujet

s'élargit pour Brooke.

(Brit. Journ. of Dermat., 1889, June, p. 247. The relations of the seborrhoic processes to some other affections. Les relations des processus séborrhéiques à quelques autres affections.) Brooke, touche la question ici d'un tout autre point de vue. Il dit qu'Unna a attiré son (de Brooke) attention sur la séborrhée comme une affection très fréquente. Cette séborrhée se compose de séborrhée capitis, pityriasis capitis, Alopecia pityrodes des adultes, de la séborrhée très connue des enfants, - sur la face cette séborrhée se montre en macules jaunâtres, plus ou moins hyperémiques, et graisseuses et squameuses, - sur le tronc et les extrémités comme des macules jaune brunâtre, de couleur de saumon, mal circonscrites, plus ou moins squameuses. Que toutes ces lésions appartiennent ensemble, c'est prouvé par leur coïncidence fréquente, et outre cela toutes ces lésions ont le même trait, à savoir l'exsudation graisseuse (the main feature is the greasy exudation which all possess in common). Ici nous demandons à Brooke si les questions qu'Unna a formulées dans : « Que savons-nous de la séborrhée? » étaient déjà résolues en 1889? Sinon (et elles ne sont pas même résolues aujourd'hui), alors il lui faut faire l'objection, que la coïncidence ne prouve pas encore l'unité nosologique et que la nature graisseuse des squames, etc., n'est pas encore prouvée, etc., etc. Mais il n'est pas nécessaire de faire la discussion sur tous ces points, parce que ces cas de séborrhée qui réunissent toutes les qualités, sont en

réalité relativement rares, car Brooke dit lui-même : « Dans la grande majorité de ceux qui sont affectés, la maladie (la séborrhée) est restreinte exclusivement au cuir chevelu. (In the great majority of those who are affected, the disease is limited exclusively to the scalp.) » Par conséquent il suffit à Brooke de constater cette séborrhée capitis, pour faire le diagnostic non pas de l'eczéma séborrhéique Unna, mais seulement de séborrhée. Voici une très grande différence! Pour Brooke la doctrine d'Unna n'est pas une réformation de l'eczéma, mais seulement un ensemble de lésions, dont Brooke s'est élu quelques-unes. Il prononce cette opinion dans des termestrès clairs : « Ces lésions composent l'image de la séborrhée et sont les seules qui se trouvent dans la majorité des malades qui présentent quelques symptômes de la maladie. (These constitute the common indications of seborrhoea and the only ones which are to be found in the great bulk of the patients who present any symptoms of the disease) ». Jusqu'à ce point nous n'avons pas encore entendu un mot de l'eczéma, chose principale pour Unna, et de la forme la plus élégante de son eczéma séborrhéique sur le sternum, etc. Mais Brooke va en parler maintenant : « La forme élégante est décrite par des Américains les premiers »; quant à sa relation à la séborrhée, dont Brooke a déjà parlé, il pense qu'elle y appartient à cause de sa ressemblance clinique, quoique « seulement un nombre relativement petit de ceux qui montrent d'autres signes de séborrhée, souffre de cette affection » (only a comparatively small number of those who show other marks of seb.) » Constatons ici, que Brooke reconnaît seulement un petit nombre de cas, où il y a une combinaison de la séborrhée dans le sens de Brooke et Unna avec la seborrhoea corporis Duhring. Quant à la chose principale, la combinaison de la séborrhée avec l'eczéma, Brooke reconnaît qu'il y a de tels cas, mais d'après lui cette combinaison n'est pas basée sur l'unité pathogénique, mais elle est une complication : « The eczema can be no absolutely necessary part of these cases, but must supervene as a complication. »

Qu'est-ce qu'il reste maintenant de l'eczéma séborrhéique de Unna d'après l'expérience de Brooke ? Rien que la coïncidence fréquente de la séborrhée avec d'autres maladies et pour cette raison Brooke a donné à son article le titre de : « Les relations des processus séborrhéiques à quelques autres affections de la peau ». Nous avons vu ce que Brooke entend sous le terme « séborrhée »; ce sont des lésions si vagues, si ambiguës et si fréquentes qu'il n'est pas étonnant de les trouver presque dans chaque cas de dermatose. Pour dire tout, notons que Brooke a parlé dans ses 2 publications aussi des cas, relativement rares vis-à-vis des cas d'eczéma d'Hebra, où il y a des éruptions aiguës chez des personnes affectées de cette maladie bien circonscrite de

seborrhoea sternum. Cette observation de Brooke semble être bien fondée et est constatée aussi par d'autres médecins.

Il n'est plus nécessaire de répéter que la doctrine d'Unna ne se rapporte pas à de tels cas, parce que son domaine est beaucoup plus grand déjà en 1887.

Pour s'expliquer cette grande différence entre les opinions de Brooke et de Unna il faut se rappeler que le premier a pris comme point de départ des cas bien observés, au lieu que Unna a fondé ses opinions sur la base tout à fait hypothétique de la pathogénie et de l'histologie

Si nous considérons ce que les autres médecins qui font le diagnostic de l'eczéma séborrhéique d'après Unna veulent dire par ce terme, nous trouvons principalement des cas de seborrhoea du sternum et des formes semblables circonscrites ou de tels cas plus ou moins devenus universels par un cours chronique ou par une éruption aiguë. De tels cas sont compliqués quelquefois par l'eczéma dans le sens ordinaire. De telle manière nous trouvons dans Treatise of skin diseases, by Piffard, 1892, une planche avec le titre Sudolorrhoe, qu'il préfère à l'eczéma séborrhéique, qui montre une forme de la seborrhoea corporis Duhring. Aussi il me semble résulter des comptes rendus des diverses sociétés dermatologiques qu'on a généralement de tels cas sous les yeux, en faisant le diagnostic de l'eczéma séborrhéique Unna. Mais parce que cette dermatose est déjà décrite longtemps avant la doctrine de l'eczéma séborrhéique, il serait mieux de la nommer d'après la dénomination des premiers auteurs.

Déjà en 1887, le domaine de l'eczéma séborrhéique était tout autre et beaucoup plus vaste que celui que la plupart des médecins veulent y attribuer encore aujourd'hui, et encore moins en 1890 et en 1892. Par conséquent le terme de l'eczéma séborrhéique des auteurs qui croient être d'accord avec Unna n'a pas de contenu du tout et ne sert qu'à causer des confusions regrettables.

# 3º Partie. — Les faits scientifiques qui sont engagés dans la doctrine de l'eczéma séborrhéique.

Puisque d'après mon opinion il faut passer à l'ordre du jour sur la doctrine de l'eczéma séborrhéique et afin qu'on ne me puisse faire le reproche de jeter l'or avec les crasses, je dois chercher les faits scientifiques, qui ont été tirés dans la banlieue de la doctrine. Cette tâche n'est pas difficile, parce que les faits, qui entrent en considération, se trouvent déjà bien décrits par des travaux scientifiques. Il suffit donc pour ce but de citer les auteurs principaux :

1) Seborrhoea corporis Duhring (son traité, édit. 1, 1877) et des dermatoses identiques ou semblables, voyez trad. franç. de Kaposi, t. II, p. 449, Paris, 1881, Besnier et Doyon.

Brooke, on a form of so-called seborrhoea (Medical chronicle, Feb. 1888, p. 485), où l'on trouve aussi des publications citées sur ce sujet de Willan et Bateman, Wilson, Colcott Fox, van Harlingen, Payne, Pye-Smith, Nevins Hyde, Jamieson, Dis. of the skin, 1888. Lichen marginatus 159. Trad. franç. de Kaposi, t. I, 1891. Besnier et Doyon, p. 677, où l'on trouve toute la littérature et une discussion de ce sujet.

Peut-être doit-on citer aussi Hebra sen. (Lehrb. d. Hauthrankh., 1876, p. 636, chapitre d'Herpes tonsurans maculosus. Pityriasis rosé Gibert.) Cette dermatose peut devenir aussi chronique et humide. « Manchmal kommt es auf einem grosseren und älteren Herde zu einem Ausbruche von vesikulösem und pustulösem Eczem, welches dann als selbständige Krankheit fortbesteht und auch an anderen Hautstellen Eczemausbrüche zur folge haben kann. Diese Complikation fällt also in der regel in das spätere stadium der Erkrankung und verandert das typische Bild so sehr, dassnur sehr geübte unter diesen Verhaltnisen den Charakter des Uebels erkennen. » (Ce passage ne se trouve pas dans le traité de Kaposi.)

Brooke: The relations of the seborrhoic processes to some other affections (Brit. Journ. of Derm., 1889, p. 248). Des observations

cliniques.

Brocq: Traitement des maladies de la peau, article Séborrhée, 2º édit., 1892.

Kaposi (Lehrb., 1887, p. 496). Eczema folliculare ou seborrhoicum. Neisser (Verh. d. deutsch. Dermat. Ges., 1892. Pathologie des Eczems). Mycosis seborrhoicum.

2) Certaines formes de psoriasis. On en trouve déjà les idées principales chez Bazin, comme disent Besnier et Doyon, 4891, t. I, chap. Psoriasis, note p. 548. Brocq, loc. cit., article Psoriasis.

3) Des dermatoses qui approchent le pityriasis rosé de Gibert, voyez ce chapitre, Besnier et Doyon, 1891, t. II, p. 814.

4) Quant à l'eczéma, il faut continuer à répéter dans les publications sur ce sujet les paroles énoncées par Besnier et Doyon, loc. cit., p. 650:

- « Il faut déclarer clairement que ce que l'on appelle, aujourd'hui, eczéma est tantôt une lésion irritative simple d'origine banale, tantôt un état pathologique constitué, évoluant à la faveur de conditions individuelles, mais provoqué et entretenu par des éléments extrinsèques, parasitaires, etc.; tantôt enfin une maladie proprement dite, liée à des conditions morbides intrinsèques. » Et la conséquence de cet avis:
- « Le moment ne peut être éloigné où il faudra démember ce groupe composite et entreprendre pour « l'eczéma » le travail de revision et d'épuration en cours d'exécution pour la série entière des affections de la peau. »

Ce travail de revision des phénomènes banaux qui se trouvent dans toute une série de dermatoses, à l'égard de leur valeur nosologique est en plein train dans l'école française (voyez les publications de Besnier, Vidal, Brocq, Jacquet et d'autres sur les lichens, les prurigos et les discussions sur l'eczématisation et la lichénification).

5) Quant au chapitre de la séborrhée, il faut se rappeler toujours

des paroles de Besnier et Doyon, loc. cit., p. 678 :

« Dans le thème classique, on rapporte toute la fonction au système sébacé, lequel n'en remplit en réalité qu'une partie, tandis que la stéatisation, la tuméfaction graisseuse de la peau dépendent synergiquement des deux appareils différenciés à la fois, les glomérules sudoraux et les follicules sébacés, et du système entier des cellules kératinisées (Eléidine Ranvier, Buzzi, Lanolin Liebreich). Voilà notablement élargie la base sur laquelle a été conçue, jusqu'à présent, la pathologie de la peau dans ses rapports avec l'appareil stéatipare, lequel ne reste plus confiné dans la limite exacte des glandes sébacées, ni même dans celle des seuls appareils différenciés. »

« Mais sur cette base nouvelle, aussi bien que sur l'ancienne, de nombreuses difficultés se présentent quand on cherche à interpréter les faits pathologiques: Lorsqu'on rencontre une irritation cutanée coı̈ncidant avec l'hyperstéatose, l'hyperidrose ou l'hyperséborrhée, quel est le rapport qui intervient entre les deux faits? L'irritation est-elle, comme le pensent presque tous les auteurs qui ont traité de la séborrhée, le résultat soit de l'hyperfonction, soit de l'irritation causée par la décomposition chimique, la fermentation des produits excrétés? Ou bien l'hyperfonction dérive-t-elle de l'irritation préalable du tissu? Et, dans cette dernière hypothèse, quel est l'irritant? Est-il multiple ou unique, spécifié ou banal, intrinsèque ou d'origine

extérieure? Est-il, enfin, d'ordre microphytique?

Il faut y ajouter encore quelques mots sur la fonction des glandes sudoripares. Que le liquide clair qu'on nomme sueur est produit par eux, c'est un fait déjà prouvé longtemps par des physiologistes et histologistes. L'hypothèse de Meissner que la sueur est produite par toute la surface épidermique n'est restée jusqu'à ce jour rien qu'une hypothèse. Quant à la deuxième fonction des glandes sudoripares, il était déjà connu avant Meissner que ces glandes dans le conduit auditif et dans l'aisselle produisent une sécrétion graisseuse. Meissner a formulé l'hypothèse, que non seulement ces deux sortes de glandes, mais toutes les glandes soi-disant sudoripares ne produisent que l'excrétion graisseuse et qu'il n'est que ces glandes et non pas les glandes sébacées qui donnent une telle sécrétion. Quoiqu'il donne des faits observés par lui-même, il ne prétend pas d'avoir donné des preuves satisfaisantes. Il dit expressément (Dermat. Studien Arbeiten der Hautanatomie, 1889, p. 89): « Es sind nun namentlich aber noch einige aus der vergleichenden Anatomie entlehnte Fakta, welche Ref. für seine Ansicht geltend machen möchte, obwohl Ref. auch hier nur Bruchstücke vor der Hand geben kann.... (quoique R. n'y peut donner pour le moment que des fragments). Meissner lui-même n'a pas fourni à aucun lieu de son compte rendu la matière, pour qu'on puisse affirmer comme Unna (Was wissen wir von der Seb.? Sep., p. 29):

« Die nie widerlegte Thatsache, dass die Knäueldrüsen die vornehmste Fettquelle der Haut sind. » (Ce fait ne jamais réfuté que les glandes sudoripares sont la source la plus importante pour la graisse de la peau », c'est-à-dire pour l'excrétion graisseuse). Jusqu'aujourd'hui Unna n'a pas donné aucun fait nouveau, pour confirmer l'hypothèse qu'il a reçu de la part de Meissner. Où est-ce qu'on doit tenir les paroles énoncées au commencement de ce travail pour des preuves scientifiques?: 1) « Tout le monde sait que la sécrétion de la paume des mains est grasse et produit sur le papier une tache de graisse ». Il me semble que chacun consente que cette méthode est trop empirique. Pour donner des preuves strictes scientifiques, il faut employer la méthode d'Aubert (Annales de dermat., 1877-1878. Des modifications subies par la sécrétion de la sueur dans les maladies de la peau), modifiée par Heuss (Mon. f. pr. Derm., 1892, nºs 9, 10, 12. Die Reaktion des Schweises beim gesunden Menschen). 2) Les deux autres phénomènes attirés par Unna, pour affirmer son hypothèse, sont si compliqués qu'il faut des expérimentations et des recherches histologiques; une observation purement clinique ne suffit pas du tout pour preuve.

Les dates scientifiques, qui prouvent que les glandes sudoripares contribuent aussi à l'excrétion graisseuse sont les suivantes :

Kölliker: Handbuch der Gewebelehre, 1889, p. 259; « Der Inhalt der Drüsenkanäle der Knäueldrüsen tritt in zwei Formen auf, einmal als helle Flüssigkeit ohne geformte Teile und diese darf wohl Schweiss genannt werden und zweitens als eine aus geformten Teilchen bestehende Substanz, die im allgemeinen als eine brei-oder teigartige von wechselnder Festigkeit zu bezeichnen ist. Hauptabsonderungsorgane der lezten Substanz sind die grossen Knäueldrüsen mit weiten Kanälen, vor allem die Achsel-Circumanal-und Ohrenschmalzdrüsen, während eine klare Flüssigkeit wesentlich von den kleineren Drüsen gebildet wird. Doch herrscht in dieser Beziehung jedenfalls keine Ausschliesslichkeit, indem die kleinen Drüsen auch geformte Sekrete und die grossen auch wässerige Absonderungen liefern können », p. 260. « Alles zusammengenommen lässt sich sagen, dass die Knäueldrüsen verschiedenartige Sekrete liefern. Eines derselben ist unzweifelhaft der Schweiss, an dessen Bildung wohl vor allem die kleineren Hautdrüsen beteiligt sind, in einem gewissen Grade aber auch die grösseren Formen. Ausserdem finden sich eiweiss - und fetthaltige Absonderungen, die wohl typisch den grossen Drüsen zukommen, aber auch unter Umständen bei den kleinen nicht fehlen, wie dies ja von den Knäueldrüsen der Handfläche nachgewiesen ist. »

Ajoutons enfin, que la pathologie des glandes sudoripares à l'égard de l'excrétion graisseuse n'est pas encore traitée scientifiquement.

Voilà les dates scientifiques qui ne sont pas ébranlées par la doctrine de l'eczéma séborrhéique et qui peuvent très bien servir comme une base sûre pour les travaux futurs en question.

### TABLE CHRONOLOGIQUE DES PUBLICATIONS DE UNNA SUR L'ECZÉMA SÉBORRHÉIQUE

1) 1887, 1er août. — Was wissen wir von der Seborrhoe? (M.P.D. Que savonsnous de la séborrhée? *Annal.*, 1887). Unna formule des questions histologiques, chimiques et cliniques, qui sont à résoudre.

2) 1887, au commencement de septembre à Washington. — Das seborrhoische Eczem (M.P.D. L'eczéma séborrhéique. Annal., 1888). La plupart de ces questions sont déjà résolues et servent comme base pour l'eczéma séborrhéique.

3) 1888. — Syphilis et eczéma séborrhéique (M.P.D. Congrès de Cologne, p. 1078). Unna parle d'un processus séborrhéique qui « continue à brûler sans flammes (fortglimmen) p dans la profondeur de la peau autour des glandes sudoripares et qui se manifeste en cas d'infection par la syphilis.

4) 1889. — Sur l'histologie de l'eczéma séborrhéique (comptes rendus du Congrès de Paris). Il n'y a pas un mot sur la richesse de graisse dans la peau, ni sur les glandes sudoripares, L'œdème de l'épiderme est devenu pathognomonique pour l'eczéma séborrhéique.

5) 1890, mai. — Ueber die Parakeratosen im allgemeinen und eine neue Form derselben (Annal., 1890). Le domaine de l'eczéma séborrhéique est élargi par tout l'eczéma d'Hebra et d'autres maladies, parce que la seule constatation de la seborrhoea capitis suffit pour ce diagnostic.

6) 1890, août. — On the nature and treatment of eczema (Annal., 1890). La notion d'eczéma a ici la signification d'un catarrhe parasitaire chronique, car Unna cite comme exemples « Eczema of scabies, seborrhoic eczema, follicular eczema, papular (?) eczema. Pendant tout le discours Unna emploie le mot eczéma dans le sens ordinaire (d'Hebra) et c'est seulement à la fin qu'on peut faire la découverte de ce double sens. La description de l'eczéma séborrhéique, quoique seulement très courte, n'est pas conforme à la définition n° 5.

7) 1890. — Eczéma séborrhéique dans le *Traité des maladies de la peau*, par Leloir et Vidal, est illustré par des figures, qui sont faites d'après des préparations obligeamment communiquées par P.-G. Unna et qui montrent la richesse typique de graisse dans toute la peau. Voyez nº 4.

8) 1891. — Photomicrograph by Piffard of a thin section of ecz. seb. received from Dr Unna (Piffard. A pratical treatise on diesases of the skin), pour démontrer la richesse de graisse. Voyez n° 4.

9) 1892. — Démonstration des cocci de l'eczéma, des plaques d'eczéma, des vésicules d'eczéma, de la chute progressive des poils analogue à l'alopécie pityrodes humaine chez un lapin, lésions qui sont toutes produites par l'inoculation des micrococci sur l'homme ou sur le lapin. (Mont. f. prakt. Derm., p. 413, comptes rendus de la Société médicale à Hambourg, p. 413 et p. 465.)

10) 1892. — Statistique de la policlinique de Dr Unna, 1891, oct; 1892, juil.
 (Mont. f. pr. D., p. 522).

11) 1893. — La traduction allemande du nº 7. Au lieu des planches originales on trouve une autre planche montrant dans les figures beaucoup moins de graisse. Dans la note nous entendons que la graisse n'est plus caractéristique pour l'eczéma séborrhéique et qu'elle s'y trouve rarement. Comparez nº 2 et nº 7, dont les figures ne représentent qu'un « cas exceptionnel ».

# SUR L'HISTOPATHOLOGIE ET LA PATHOGENÈSE DE L'ICHTHYOSE

NOUVELLES ÉTUDES

Par le professeur **Pierleone Tommassoli**, Directeur de la Clinique dermo-syphilopathique de **M**odène.

(SUITE) (1).

Arec deux planches hors texte,

3. Quelle est l'histopathologie de l'ichthyose? — Pour donner fond à nos recherches avec l'espoir d'arriver, au moins cette fois, à quelque conclusion, il faut donner une réponse exacte même à cette question.

Besnier, comme j'ai déjà dit, en faisant ses commentaires aux leçons de Kaposi, écrivait, il y a 4 ans : « l'anatomie de la peau ichthyosique, adultérée par la confusion sous le même nom d'ichthyose, de lésions et d'affections différentes, est à refaire entièrement à l'abri de ces causes d'erreur ».

Je crois que c'est précisément dans ce temps que j'ai repris les études de cette anatomie, en profitant des conditions favorables d'étude que l'Institut dermatologique de Unna m'offrait par son abondance des matériaux, par sa richesse des moyens et par la grande autorité histologique des directeurs du Laboratoire. Et les cas que j'ai examinés histologiquement ont été cinq, dont trois surtout étaient sans doute à l'abri de toutes causes d'erreur.

Ce qui est résulté de ces examens a été alors publié (Giorn. Ital. d. Mal. Ven., etc. F. III, 1889) et peut être résumé de la manière suivante : Dans l'épiderme, la couche cornée, dans tous les cas, dans tous les stades, dans tous les degrés et dans toutes les formes d'ichthyose, a toujours été trouvée plus ou moins fortement épaissie : le stratum granulosum le plus souvent avait complètement disparu ainsi que le stratum lucidum ; et ce n'est que dans le cas où la couche épineuse inférieure conservait encore assez de volume et quelque signe visible d'activité, que le stratum granulosum pouvait se présenter dans son état presque normal : la couche épineuse a été trouvée légèrement hypertrophique, et ayant encore une vitalité active et pleine, seulement dans les points où se forment les différentes ramifications papil-

<sup>(1)</sup> Voir le numéro de mai, p. 537.

laires de l'ichthyose hystrix; dans tous les autres points, dans tous les autres cas on l'a toujours trouvée plus ou moins fortement amincie: on a réussi à découvrir de très rares figures mitosiques des cellules basales dans un seul cas d'ichthyose simplex, où la couche épineuse était dans son état presque normal; dans tous les cas, ces cellules basales étaient remplies de grains de pigment : la couche papillaire montra toujours des altérations peut-être non moins considérables que celles de la couche cornée, mais moins visibles; en effet, les papilles n'ont présenté que rarement une apparence relativement proche de la normale; beaucoup de fois on les a trouvées augmentées de volume, et encore plus souvent on les a trouvées ou très petites ou complètement disparues ; dans l'ichthyose hystrix nous avons trouvé des ramifications papillaires énormes avec les formes les plus bizarres: dans les cas les plus prononcés d'ichthyose simplex nous avons trouvé au lieu de papilles des affaissements, ayant la forme de bassins, dans le derme avec un ruban uniforme et mince d'épiderme supérieur; dans les papilles augmentées de volume nous avons toujours trouvé les vases dilatés et autour d'eux on a toujours constaté une infiltration de cellules rondes quelquefois même très abondante, et nous avons trouvé aussi presque toujours avec elle les fibres connectivales d'une apparence grossière et épaissies, et toujours une grande quantité de noyaux fixes, et de cellules ovales, fusiformes et radiées, dont quelques-unes étaient plus ou moins chargées de grains de pigment ; dans les papilles rapetissées et dans les points où il ne restait plus de trace de papilles on apercevait tous les signes les plus évidents d'une sclérose fibreuse progressive avec tendance atrophique.

Dans le derme nous avons toujours vu, quoique dans un degré inférieur, les lésions présentées par la couche papillaire de l'épiderme et nous y avons trouvé aussi une nouvelle preuve de l'épaississement et du raccourcissement atrophique dans les ondulations exagérées des conduits sécréteurs sudoripares; ces glandes ont été trouvées ordinairement normales, et les glandes sébacées et les follicules pileux et les muscles arrectores ont présenté des aspects différents suivant les cas.

Voilà le résumé des cinq études histologiques personnelles que j'ai publiées en 1889. Or, si je compare le résumé de mes observations avec celui que Thibierge (1) et Neuburger (2) nous ont donné des lésions histologiques décrites par tous les nombreux observateurs qui m'ont précédé, je trouve que, quand on a excepté les plus minutieux détails auxquels j'ai donné beaucoup plus d'importance, ces résumés semblent dans leurs grandes lignes la copie l'un de l'autre. Par consé-

(1) Loc. cit., p. 375-376.

<sup>(2)</sup> Monatsh. f. prakt. Derm, B. XIII, 1, Juli 1891, p. 8.

quent, je conclus que, au lieu de l'anatomie de la peau ichthyosique — comme Besnier a dit — il est à refaire une revision dans l'interprétation des lésions anatomo-pathologiques. Car, si l'on ne démontre pas que nous tous nous avons mal vu et mal décrit ce que nous vîmes et décrivimes, je ne réussis, malgré tous mes efforts, à trouver de défaut que dans le peu d'importance que l'on a voulu donner jusqu'à présent aux lésions de la couche papillaire et du derme, et dans le trop de sollicitude que l'on a eu de conclure que les lésions essentielles et primitives de l'ichthyose sont épidermiques et hyperkératosiques, et que toutes les autres altérations sont consécutives et secondaires.

Cependant, pour me débarrasser de tout scrupule, j'ai voulu répéter encore, autant qu'il m'a été possible, ces recherches histologiques. Et comme je ne pouvais espérer d'avoir à ma disposition une ichthyose dans son vrai début, j'ai excisé deux fragments de peau de la malade dont j'ai raconté l'histoire, en ayant soin d'en enlever un petit morceau sur le flanc où la lésion était vieille et dans tout son développement, et un autre petit morceau près de l'aisselle où la lésion était plus récente et confinait avec la peau encore saine. J'ai ensuite coupé en quatre ces fragments dont la moitié a été fixée dans la solution de Flemming et l'autre moitié dans la solution de Demarbaix, et puis tout a été durci à l'alcool.

Voici ce qui est résulté de l'examen de ces nouveaux morceaux de peau ichthyosique : Dans les points où la lésion est plus vieille et plus grave, les sillons normaux sont beaucoup plus développés et la couche cornée, fort épaissie, s'enfonce dans les sillons, de manière que les parties entre les sillons apparaissent comme comprimées : la couche cornée semble être toute homogène et ne contient que cà et là des noyaux ratatinés; le stratum granulosum se compose d'une ou deux rangées au surplus de cellules : le stratum spinosum semble presque normal, mais sa couche germinatrice est fort pigmentée ; pas de mitoses. La ligne qui sépare l'épithélium de la couche papillaire fait des curves plus raides qu'à l'état normal. La couche papillaire montre un nombre très fort de noyaux autour des capillaires sanguins : ceux-ci semblent de calibre presque normal, mais les lacunes lymphatiques sont cà et là plus étendues et pour cela très faciles à observer. Autour des capillaires et autour des noyaux il y a des amas de pigment libre. Au sommet des papilles il existe en quelques endroits une sorte d'ædème, qui fait des lacunes entre les fibres connectives et se continue entre les cellules épithéliales; mais cet œdème n'est pas bien développé partout et où il se trouve, il est toujours d'un degré bien faible. Dans le derme, à l'exception des amas de pigment, rien de pathologique : le tissu élastique est normal, les glandes sudoripares sont normales, aussi leur partie dans l'épithélium. Seulement les follicules pilaires sont changés. L'orifice y est étendu et rempli de lamelles cornées qui renferment à force le poil, de manière qu'on trouve quelquefois de vraies loges au lieu de l'orifice du follicule, et ces loges sont bornées par une couche mince de cellules épithéliales et sont remplies de lamelles cornées et d'un poil pelotonné: le restant du follicule dans le derme est normal et sa glande sébacée est aussi normale.

Dans les points au contraire où la lésion est moins vieille et moins grave, on trouve que les sillons superficiels sont beaucoup plus prononcés: dans la couche cornée il est plus facile de trouver des zones de cellules avec des restes de noyaux encore visibles; les lésions de formes et de volume de la couche papillaire sont bien moins prononcées, et il est plus facile de trouver des papilles un peu grossies et saillantes; les fibres élastiques, colorées avec l'orcéine, semblent fort bien développées; les vaisseaux et les capillaires sanguins sont aussi plus entourés de leucocytes, et autour des capillaires endopapillaires on trouve bien prononcés les petits espaces blancs qui trahissent l'œdème, tandis que les lacunes ovalaires des espaces lymphatiques semblent fort élargis.

Voilà donc encore un cas où je n'ai trouvé rien de nouveau, car ce sont toujours les mêmes lésions qui se trouvent dans toutes les pièces d'ichthyose simplex, mais d'un degré différent suivant avant tout l'âge et le degré de la lésion. J'avais donc raison de soupçonner que ce n'est pas l'anatomie de l'ichthyose qui est à refaire. Mais alors, si ce que l'on doit corriger n'est que l'interprétation que nous donnons aux lésions anatomo-pathologiques de l'ichthyose, où et comment devons-nous corriger cette interprétation?

Après avoir examiné tant de coupes de peau ichthyosique, j'ai toujours reconnu que les lésions épithéliales paraissent plus prononcées que celles de la couche papillaire et plus encore que celles du derme, et par conséquent j'ai toujours compris comment on a pu affirmer que les lésions connectivales sont consécutives et secondaires. Mais quand j'ai demandé à l'ensemble de toutes ces coupes de peau ichthyosique, que j'ai examinées, en quoi les altérations épithéliales consistent réellement et en quoi les connectivales, et comment les unes peuvent dériver des autres, j'avoue qu'alors je n'ai plus rien compris et je n'ai pu admettre plus rien de ce que les autres ont dit, et j'ai été forcé de chercher une nouvelle manière d'entendre les choses.

En effet, pour ce qui concerne la lésion épithéliale, j'ai toujours vu qu'elle ne consiste apparemment que dans l'épaississement de la couche cornée, et l'on peut dire qu'elle est toute circonscrite dans les couches les plus superficielles de l'épiderme depuis le stratum granulosum en haut. Le stratum spinosum reste comme indifférent aux profondes altérations qui l'accablent, et tout le procédé morbide semble se développer indépendamment de lui. La couche germinale porte

le poids d'une quantité de grains de pigment bien plus grande que la normale, mais de cette couche nous ne pouvons dire davantage. Or, plus je regarde dans mes coupes cette manière de se comporter et d'être des lésions épithéliales, plus je suis persuadé que ce trouble de la chimie de la kératinisation, dans lequel on doit certainement chercher la cause de l'épaississement corné, doit avoir une origine hors des cellules épithéliales. Peut-être, me dira-t-on, que tout cela peut échapper à nos méthodes histologiques; mais pourquoi dois-je attendre une démonstration qui probablement ne viendra pas, tandis qu'il ne me manque pas une autre voie, très satisfaisante, pour m'expliquer l'origine de ce trouble de la chimie de la kératinisation dans lequel on veut faire consister toute l'ichthyose?

Pour ce qui concerne les lésions connectivales, contrairement à l'affirmation du professeur Besnier qui dit que dans le derme il n'y a, à aucune période, de lésion irritative - je n'ai jamais vu une coupe de peau ichthyosique sans avoir trouvé beaucoup de signes très persuasifs d'un procédé irritatif phlogistique. L'infiltration de leucocytes, l'œdème, la dilatation des vaisseaux souvent très visible parlent clairement en ce sens. La même preuve est donnée par le nombre augmenté des cellules fixes, ovales, fusiformes et étoilées, par les fibres élastiques au début hypertrophiques, par la sclérose successive des faisceaux connectivaux et par l'épaississement atrophique final de la couche papillaire et du derme, qui sont tous des indices d'une dermite hyperplastique au début et atrophico-scléreuse à la fin. Je crois pouvoir dire autant du pigment que nous trouvons augmenté tant dans la couche germinale que dans les couches connectivales inférieures; pigment qui, selon l'avis de Raymond (Arch. de physiol., juillet 1892, p. 429), a son origine exclusivement dans le derme, et dans le derme - selon la récente démonstration de Kaposi, qui n'a pas été contredite (Arch. f. Derm. u. Syph., 2, 1892, p, 192) - in directer Folge all' solcher Processe auftritt, welche mit reichlicherem Austrit von rothen Blutkörperchen aus den Gefässen einhergehen, das sind Hyperaemie, Entzündung und vascularisirte Neoplasie.

Donc, voici ce que j'ai toujours trouvé dans l'examen de mes coupes : dans le parenchyme épidermique un processus augmenté de kératinisation, auquel les couches les plus profondes et les plus vitales de l'épithélium semblent étrangères : dans le stroma épidermique et dans le derme beaucoup d'indices incontestables d'un processus inflammatoire faible et chronique.

Laquelle de ces deux lésions peut être la primitive et laquelle peut être la secondaire? Nous avons déjà vu quelle est l'opinion dominante qui tient certainement à ce qu'on ne trouve pas de proportion entre les lésions connectivales et les épithéliales. Mais, considéré : 1º la constance absolue des lésions connectivales, quoique apparemment

insignifiantes; 2º considéré que leur disproportion, par rapport aux Jésions épithéliales, se vérifie, quoique en un degré inférieur, même dans d'autres affections, comme la kératose pilaire et les kératodermies palmaires et plantaires, et pourtant ces affections ont pu être considérées comme constituées par un processus inflammatoire du derme; 3° considéré que pour produire un trouble grave de la kératinisation - comme il résulte de l'examen de beaucoup d'autres affections de la peau, - il suffit aussi qu'il y ait des lésions très faibles du derme, et que ce n'est que dans les points où les lésions du derme sont faibles et chroniques que nous voyons l'épithélium tomber malade comme dans l'ichthyose; 4º considéré qu'en plusieurs cas d'ichthyose nous avons dans la rougeur initiale un indice clinique, qui jette beaucoup de jour sur la nature et sur le siège initial du procédé morbide. précisément comme il arrive dans les kératodermies palmaires et plantaires, et dans les sclérodermies en plaques, et dans les macules atrophiques (1); considéré, dis-je, tout cela, je ne puis me soumettre à l'opinion dominante, et j'insiste à considérer de nouveau l'ichthyose comme un procédé ayant sa base inflammatoire, à peu près à la manière de Cohnheim (Vorl. u. Allg. Path. Berlin, 1882, B. I. p. 699).

Brocq a écrit pour les kératodermies palmaires: « On est donc conduit à se demander si l'on ne se trouve pas en présence d'une dermatose sui generis caractérisée par une inflammation lente et chronique du derme qui est rouge et infiltré, par un épaississement kératosique de l'épiderme, par une extension centrifuge des plus lentes, par une symétrie presque absolue et chez certains sujets par des démangeaisons et des cuissons insupportables ». Et pour la kératose pilaire il a écrit: « considérée dans son ensemble, en tenant compte de son évolution et de ses résultats possibles, c'est une sorte de processus inflammatoire des plus lents, qui peut aboutir à l'atrophie folliculaire et dermique ». Pour moi, je pense que tout cela, avec un léger changement dans quelques mots, peut être écrit même pour l'ichthyose.

Ainsi, pour conclure sans trop répéter ce que j'ai déjà publié plusieurs fois, je viens d'avoir dit clairement quelle est selon moi l'inter-

<sup>(1)</sup> A propos des macules atrophiques, j'ai une phrase de Jadassohn à rapporter (Ueber atrophia mac. cutis. Erganz. z. Arch. f. Derm., etc., I, 1892, p. 350) qui va à merveille pour notre cas: « Der anatomisch nachweisbaren Infiltration der Haut — dit-il — hatte ich bei ihrem geringem Umfang eine wesentlische Bedentung nicht beegelegt, und ich hatte sie mehr als ine secundäre Erscheinung angesehen. Seitdem ich klinisch das auftreten einer deutlich infiltrirten papel beobachtet hatte, musste ich natürgemäss zu einer anderen Deutung gelangen, und es war dies umso mehr nothwendig, als ich auch histologisch den nachweis führen konnte, dass augenscheinlich eine Zellvermehrung um die Gefässe, also doch nohl eine Entzündung, überall dem verschwinden der elastischen Fazern vorangeht....»

prétation la plus juste que l'on doit donner aux lésions anatomo-

pathologiques de l'ichthyose.

J'ajouterai seulement que l'on ne doit pas oublier que ce processus inflammatoire très faible et très lent, qui, selon moi, constitue l'ichthyose, doit être divisé en deux temps différents. Dans le premier, que l'appellerai période des altérations progressives, on observe l'infiltration embryonnaire, l'œdème lymphatique et quelques caractères hypertrophiques de la lésion; dans le second, que je dirai période des altérations régressives, on observe partout la sclérose atrophique. Dans chacune des deux périodes nous vérifions l'épaississement de la couche cornée, car un trouble de la kératinisation de ce genre se vérifie lorsque l'épithélium est sous l'action d'une hypernutrition faible et chronique, ainsi que lorsqu'il est sous l'action d'une hyponutrition faible et chronique, et l'effet dernier grossièrement visible, dans les deux cas, est presque le même.

Par conséquent l'ichthyose, histologiquement considérée, dans sa première période peut être dite un eczéma squameux diffus, chronique, faible et symétriquement progressif; « mais dans sa seconde période, - si l'on admet que l'angiokératome n'est pas qu'une néopla. sie vasculaire, comme on dit maintenant, mais simplement une lésion variqueuse, - je dirais que l'ichthyose peut être presque considérée comme un angiokératome très faible et très diffus. On comprend donc dans la première période comment la lésion puisse cliniquement être soignée, si l'on réussit à en enlever les causes ; dans la seconde au contraire la lésion histologique se révèle clairement comme incurable, et cela d'autant plus que la lésion est plus vieille et plus grave.

4. Quelle est, après cela, la position nosologique qui est due à l'ichthyose? - On connaît déjà ce que je puis répondre. En effet, nous avons vu que l'ichthyose peut débuter à des époques différentes de la vie. Nous avons vu que, lorsqu'elle n'est pas congénitale, elle peut se développer insidieusement ou se manifester par une rougeur initiale précisément comme la kératose pilaire, comme les kératodermies des extrémités, comme le pityriasis rubra pilaire, et même comme le psoriasis sur lequel, comme dit Brocq, « on a beaucoup discuté pour savoir si l'apparition de la squame précédait celle de la rougeur, ou inversement ». Nous avons vu que, comme ces dermatoses, l'ichthyose aussi « a un commencement et une période de progrès qui dure plusieurs années », c'est-à-dire qu'elle a un caractère évolutif. Nous avons vu que l'ichthyose même a des périodes d'amélioration et de guérison temporaire. De nombreux faits nous autorisent à croire qu'elle peut même guérir complètement. Outre cela, même pour son anatomo-pathologie, elle se place à côté des dermatoses que je viens d'énumérer.

Or, si pour ces dermatoses, dont l'affinité avec l'ichthyose s'est

imposée à la discussion de tout le monde, personne n'a jamais pensé proposer qu'elles soient considérées comme de simples difformités de la peau, pourquoi l'ichthyose seule devrait-elle être prise pour une malformation? En vérité, je ne puis comprendre cela, et en conséquence de toutes les considérations qui on été exposées, l'ichthyose aussi doit être, selon moi, absolument acceptée comme une véritable dermatose.

#### П

Le premier pas est fait. Il nous reste à faire le second, mais rapidement, et je me ferai un devoir d'être, dans cette partie, beaucoup plus circonspect et beaucoup plus bref, car je n'ai pu arriver à la conclusion que je viens d'exposer avec la preuve des faits; dorénavant il sera bien plus difficile et bien plus dangereux de continuer, car je ne serai guidé que par l'hypothèse. Il est vrai que je devrais préférer me taire sur ce second argument; mais si tout le monde devait se retirer devant l'inconnu et renoncer à toutes les recherches, quand cesserait le défi humiliant, que nous lancent toutes ces dermatoses, que bon ou malgré nous devons encore déclarer incurables?

L'illustre professeur Besnier écrivait, il y a quatre ans, que « le pityriasis rubra pilaire est, dans sa nature intime et dans sa pathogénie, aussi profondément obscur que peuvent l'être le psoriasis ou l'ichthyose ». Hé bien! je crois avoir précisément trouvé dans « queste parole di colore oscuro » le dernier aiguillon à entrer — à propos de toutes ces dermatoses et de celles du même genre, que j'ai réunies dans la grande famille des kératodermites autotoxiques — dans cette voie hypothétique dans laquelle, en 1891, mon cher et savant ami

Thibierge trouva assez de difficultés pour me suivrc.

Je n'aime pas me répéter; quoique j'attende encore une réponse à toutes les différentes considérations que j'adressai alors à M. Thibierge à propos de cette période où il dit que « l'étiologie de l'ichthyose peut, quoi qu'en ait encore dit récemment Unna, se résumer tout entière en un mot : elle est héréditaire ». Je ne puis pourtant résister à la tentation de rappeler ici ces divers points sur lesquels à propos de l'ichthyose, mon attention s'est surtout arrêtée avant de parler de cette théorie pathogénétique dont j'ai donné un essai complet dans ma récente étude « Ueber die autotoxische keratodermiten ». Et quand je les aurai rappelés, le lecteur jugera si ma théorie est suffisamment justifiée.

1º Chez qui se développe l'ichthyose?— Voilà le premier point et le plus intéressant, auquel je me suis arrêté en considérant naturellement l'individu ichthyosique en tout ce qui peut avoir des rapports avec la genèse d'une maladie telle que l'ichthyose. Avant tout j'ai admis ces trois faits: a) que l'ichthyose est une affection qui attaque surtout le sexe masculin; b) que parmi les mâles elle atteint presque exclusivement ceux qui sont originairement faibles, souffrants et qui semblent avoir un développement général imparfait; c) que même lorsqu'elle atteint des personnes qui semblent jouir d'une bonne santé générale, nous la voyons presque toujours accompagnée ou de lésions fonctionnelles de quelque organe ou de quelque système - comme par exemple la fonction sudorale altérée — ou de prédispositions très évidentes à quelque affection grave des viscères, comme par exemple la tuberculose.

a) Quant au premier fait, je ne sens pas le besoin d'en prouver la réalité, car il est presque accepté sans conteste, et je crois qu'il n'y a de contestation que sur la proportionnalité fixée par les différentes statistiques. Je remarque seulement que l'ichthyose présente cette prédilection accentuée pour les hommes comme la kératodermite que nous avons dû le plus souvent rappeler, c'est-à-dire le psoriasis, le pityriasis rubra.

Il ne nous est pas encore permis de déterminer la valeur de ce fait qui devrait nous faire comprendre la pathogenèse de ces kératodermites. Peut-être n'attendra-t-on pas longtemps à découvrir que ce fait a une très grande valeur. Pour le moment il me semble que l'on peut affirmer une seule chose : c'est à-dire qu'un fait de cette nature révèle l'origine constitutionnelle de cette dermatose. Et quoique cela ne soit qu'un faible appui pour ma théorie, j'ai cru pourtant nécessaire de ne pas le négliger dans l'intérêt des conclusions à venir.

b) Quant à la réalité de l'autre fait, je ne puis cacher qu'il y a quelqu'un qui a exprimé un avis contraire. Doyon, par exemple, dans son Traité de thérap. d. mal. cut., a soutenu que l'ichthyose n'est accompagnée d'aucun trouble appréciable de la santé, et que les ichthyosiques sont en général robustes et bien portants. Duhring a fait de même. Mais si nous voulons prêter l'oreille, nous pouvons recueillir de tous les côtés des preuves de la vérité de notre assertion. et nous pouvons entendre H. Fagge, Veiel et Lewin, qui disent que les ichthyosiques sont toujours des sujets grêles, mal développés, avec les caractères de la puberté très tardifs ou nuls, dans des conditions de santé toujours mauvaises, très sensibles au froid et d'humeur taciturne. Et nous pouvons apprendre par Morelli, par Nayler et par Barthélemy comment il est facile de trouver dans les ichthyosiques une apparence de sénilité précoce, et comment il arrive souvent de les voir malades ou d'affections thoraciques, ou de dysménorrhées, ou de coryza, ou de bronchites, ou d'autres formes catarrhales plus ou moins graves. Et nous pouvons entendre Jablonowski nous raconter comment l'ichthyose est endémique de ces côtés et de ces autres régions malsaines, où l'on sait que la santé publique est constamment à un très bas niveau, et comment dans ces maudites contrées l'ichthyose atteint en général les individus faibles, marastiques, sales et habitants des maisons antihygiéniques. Et nous pouvons aussi apprenpar Morelli, Hentz et Thibierge la preuve de la grande importance que dans la genèse de l'ichthyose peuvent avoir les mauvaises conditions de santé des parents, leurs vices, leur âge avancé, les fortes émotions et les accidents graves soufferts par la mère pendant sa grossesse.

Des six ichtyosiques que Strauss a vus, il y a peu de temps, dans la policlinique de Unna, l'un était affecté de polytrichie, un autre de cryptorchisme, un autre d'emphysème congénital, un autre enfin présentait une déformation thoracique avec de graves altérations dans les rapports des organes thoraciques. Du reste mon lecteur sait déjà que les cas que j'ai vus, moi aussi, confirment tout ce que je soutiens. Et je puis ajouter que quant au dernier cas de ce genre, que j'ai vu et qui n'est pas encore connu, il s'agit d'un enfant de 9 ans, qui dans sa première enfance a été d'abord attaqué par un eczéma séborrhéique de la tête; puis il eut une grave ichthyose serpentine, qui commence maintenant à se transformer en ichthyose hystrix au tourdes plis cubitaux; et c'est depuis deux ans qu'il souffre en même temps, de blépharite et de kératite scrofuleuses; son père est mort par suite d'une affection tuberculeuse et sa mère se plaignit de fortes émotions douloureuses pendant la grossesse, et elle souffre habituellement de leucorrhée.

Qui est-ce qui pourrait jamais en prétendre davantage? Je me permets donc d'admettre comme indubitable et comme démontré même ce second fait, c'est-à-dire que l'ichthyose atteint les individus qui, par une raison ou par une autre, soit héréditaire, soit congénitale, soit acquise, ne jouissent pas d'une bonne santé; et je crois pouvoir terminer ce paragraphe avec les mots mêmes que Besnier a employés pour le pityriasis rubra pilaire : « assez souvent toutefois, pour que l'observation ultérieure ait à en tenir compte, lymphatisme, scrofulotuberculose, rhumatisme, état nerveux ».

c) Quant au troisième fait, pour ce qui concerne la constance presque absolue, chez les ichthyosiques, de profondes altérations dans la fonction sudorale, il n'est point nécessaire que je le prouve, car il s'agit d'une chose que tout le monde admet. Quant à l'évidente disposition que présentent les ichthyosiques à attraper des affections viscérales graves, dont la première est la tuberculose, j'en appelle, à mon appui, aux auteurs que je viens de citer à propos du second fait; j'en appelle aux comptes rendus des cliniques de Vienne, lesquels prouvent ce que j'ai remarqué autrefois, c'est-à-dire « que les ichthyosiques doivent être transportés de la clinique dermatologique à d'autres cliniques ou parce qu'ils sont tuberculeux, - et c'est le fait le plus fréquent - ou parce qu'ils ont le cœur malade, ou parce qu'ils sont ou lymphomateux, ou rachitiques ou idiots et ainsi de suite »; j'en appelle au professeur Lewin qui, il y a un an, dans la séance de la Société dermatologique de Berlin (2 février 1892), racontait qu'il a vu « zwei Fälle von ichthyosis mit nachfolgenden Tuberculose und meint, dass eine Verbindung zwischen beiden Erkrankungen denkbar wäre ».

2º Comment se comporte l'ichthyose? - Voici l'autre point auquel j'ai demandé un peu de lumière pour la solution de mon problème, et j'ai cru trouver les faits suivants dignes d'une appréciation particulière : a) L'ichthyose aussi semble avoir parfois sa cause occasionnelle; b) l'ichthyose aussi montre souvent dans sa marche qu'elle a quelque rapport avec les saisons; c) ceux qui ont fait des recherches, ont trouvé même dans l'ichthyose des altérations dans le contenu de l'urine indépendantes d'une affection rénale; d) quelque illustre dermatologiste commence à sentir le besoin d'intervenir même dans l'ichthyose par une cure intense.

Pour prouver la vérité du premier fait, je ne prendrai pas pour témoin mon dernier cas, que je viens de citer, de cet enfant en qui l'ichthyose se révéla après un grave eczéma séborrhéique infantile : ni ne prendrai pour témoin mon autre cas de ce pellagreux en qui l'ichthyose est devenue reconnaissable pendant les gros travaux de la vie militaire. Il suffit que je cite pour tous l'autorité de Thibierge, qui a observé que « la vaccination est parfois la cause occasionnelle du développement de l'ichthyose » (loc. cit., p. 372).

On ne demande pas de preuves de la vérité du second fait : les améliorations de l'ichthyose pendant l'été, ou pour mieux dire les empirements pendant l'hiver, - comme Lemoine et Brocq ont soutenu que cela se vérifie pour la kératose pilaire, et commme Veiel a vu se vérifier pour les 4/5 des eczémas, et comme plusieurs dermatologistes ont remarqué pour le prurigo, - sont universellement admis.

Quant à la preuve du troisième fait, je pourrais encore rappeler le cas de ma malade, dont j'ai déjà raconté l'histoire et dont l'urine. examinée plusieurs jours de suite pour les recherches de l'urée, du chlorure de sodium, de l'acide urique et l'acide phosphorique, montra, outre beaucoup de variations dans la quantité de l'urine, une augmentation remarquable des chlorures, et une forte diminution des acides urique et phosphorique. Mais je préfère encore me servir du témoignage de Thibierge qui, en rapportant les examens des autres, a insisté sur l'absence de l'albuminurie, et a rappelé au contraire plusieurs autres altérations parmi lesquelles la première place est occupée, à cause d'une fréquence particulière, par la surcharge urique ainsi que par la gravelle urique ou par la gravelle oxalique.

Quant au dernier fait, le lecteur sait déjà à qui je fais allusion, car les personnes très autorisées qui soutiennent la cure interne, contre tous ceux qui ont affirmé qu'il n'y a que la cure externe qui puisse être utile dans l'ichthyose, je les ai déjà nommées: mais, pour les rappeler encore à titre d'honneur, je dirai que ce sont les professeurs Besnier et Brocq.

Voilà les faits les plus remarquables qui ont été, faute de mieux, le point de départ de mon hypothèse, et je me suis fait un devoir aussi de prouver que ces faits ne sont pas des créations de ma fantaisie. Voyons maintenant comment et pourquoi il a pu se former en moi la conviction que l'ichthyose — comme les autres kératodermites que j'ai mises dans le même groupe avec elle — est une maladie qui provient d'un vice général de la nutrition.

Il est vrai que, si nous prenons les divers faits, que j'ai cités, un à un, il est difficile de comprendre comment on puisse construire sur chacun une théorie entière. Et l'on ne doit pas cacher qu'à quelqu'un de ces faits — comme j'ai remarqué à propos de la grande prédilection que l'ichthyose montre pour le sexe masculin, — on ne saurait, au moment actuel de la science, quelle importance attacher. Si au contraire on les prend tous ensemble, de manière qu'ils s'expliquent, s'appuient, se complètent réciproquement, il me semble alors que l'on est assez autorisé, pour caresser cette idée pathogénétique que j'ai osé mettre en ayant.

En effet, si nous considérons les mauvaises conditions générales, où se trouvent communément les organismes ichthyosiques par suite d'héritage ou par d'autres causes, on ne peut s'empêcher de courir avec la pensée à des altérations chroniques, plus ou moins profondes et plus ou moins vérifiables extérieurement, de la nutrition générale de cet organisme. Autrefois, quand on croyait que les idudnivis ichthyosiques étaient l'analogue des animaux que l'on recouvre d'un vernis, on voulait faire dépendre de ce vernis ichthyosique les graves altérations dans les fonctions de l'économie que les ichthyosiques présentaient. Alors, Thibierge eut, selon moi, parfaitement raison de protester, car il est très vrai que « la clinique ne permet pas cette assimilation » et l'on a déjà vu dans tous mes cas que l'anatomopathologie confirme et explique la clinique. Mais, je ne pourrais dire que la protestation ait été alors entièrement correcte, car, après avoir trouvé inadmissible la cause supposée, il nia même les effets affirmant nettement que « la calorification, la respiration, la circulation, s'exécutent d'une façon absolument normale chez les ichthyosiques », et je ne crois pas que l'on eût pu soutenir cela. Des individus grêles, des individus mal formés, des individus qui sentent souvent le froid d'une manière exceptionnelle, des individus qui ne suent point ou qui suent d'une manière excessive dans quelques parties du corps, et peu ou point dans d'autres, des individus qui sont facilement attaqués par toutes les maladies et ont en général une vie très courte, peuvent même avoir la peau très saine, mais on ne pourra jamais affirmer qu'ils conservent les fonctions de leur économie dans un tel état à ne pas admettre le soupçon d'auto-intoxications aiguës ou chroniques.

Il me semble d'ailleurs que nous avons des preuves de cela dans toutes ces altérations que l'on a si fréquemment trouvées dans les urines des ichthyosiques. Il est vrai que ces altérations paraissent souvent contradictoires. Mais pour expliquer jusqu'ici l'origine de l'ichthyose, je n'ai fait qu'admettre le soupçon d'une auto-intoxication encore à déterminer, et personne n'a dit que cette auto-intoxication doit être une seule pour toutes les ichthyoses. Quand on pourra déterminer quelque chose davantage, et que l'on pourra donner, comme je l'espère, la formule chimique de toute forme possible d'auto-intoxication chronique, nous verrons alors si les altérations découvertes dans les urines sont diverses dans les divers cas parce qu'elles ont eu des causes diverses. Et si - après avoir exclu toute autre cause d'erreur - on doit même admettre que la nature de l'autointoxication ichthyogène est toujours une seule, qui ne sait pas que dans le mécanisme très compliqué de la nutrition organique la moindre chose est suffisante pour que, sous l'action des causes identiques, on puisse avoir dans les urines des altérations tout à fait différentes entre elles ?

Et il me semble que de ces auto-intoxications chroniques, que j'admets, nous avons des preuves même dans les altérations de la fonction sudorale que nous trouvons dans les ichthyosiques. En effet, nous avons de nombreux exemples de ces altérations ou aiguës ou chroniques de la fonction sudorale en beaucoup de formes, déjà plus ou moins connues, d'intoxications de nature différentes soit aiguës, soit chroniques. Et pour ce qui concerne surtout l'anidrose, nous savons avant tout qu'elle n'est seulement pas un fait spécial à l'ichthyose, mais qu'elle appartient aussi à d'autres dermatoses et surtout à beaucoup de kératodermites analogues, de manière que Unna faisait de cette diminution presque constante de l'idrose un caractère essentiel de la famille de ses parakératoses. Nous savons aussi que ce fait ne peut point être expliqué - ainsi que l'on a cru comme produit ou par une lésion matérielle de l'appareil sudoripare qui rende difficile ou impossible la sécrétion sudorale, ou par un obstable mécanique entremis par l'épaississement de la couche cornée à la libre excrétion du liquide sudoral, car, dans tous mes six cas que j'ai étudiés histologiquement, j'ai toujours trouvé les glomérules et les conduits en condition normale et les pores sudorifères le plus souvent béants, mais toujours bien conservés. L'autorité d'Unna et de tous ceux qui ont vu et soutenu la même chose est pour moi un grand encouragement. Par conséquent, ce premier fait de l'anidrose qui est commune à diverses autres dermatoses irritatives et inflammatoires — comme Aubert a dit — parmi lesquelles on compte avant tout le prurigo — maladie diathésique, selon la dernière formule du professeur Besnier — et l'eczéma chronique et le psoriasis et tant d'autres dermatoses pour lesquelles, à cause de beaucoup de raisons, je sentis le besoin d'admettre, comme pour l'ichthyose, une origine autotoxique, ce fait, dis-je, est tel qu'il me semble pouvoir avoir assez de valeur pour toute ma théorie sur l'ichthyose en général.

Et si tout cela ne suffisait pas, nous apprenons par Kaposi que cette anidrose, comme état pathologique de la peau, quand elle n'est pas un symptôme constituant de certaines maladies de la peau, « est toujours un symptôme constituant de certains états de la nutrition générale ».

Il me semble que ce second fait doit avoir une plus grande valeur comme soutien de mon idée d'une autointoxication chronique, et je ne crois pas me tromper si je répète ici, pour les altérations de la fonction sudorale qui accompagne l'ichthyose, ce que Barthélemy disait, il y a peu de mois, à propos de certaines hyperidroses qui semblent être liées à des troubles digestifs, c'est-à-dire que « leur nature toxidermique nous semble pouvoir être défendue ».

Je pourrais ajouter après cela — pour démontrer encore mieux que mon soupçon d'une autointoxication chronique peut être admis — d'autres considérations de ce même genre à propos de la tendance que les ichthyosiques ont montrée jusqu'ici de contracter en général la tuberculose, en faisant remarquer d'abord, que l'ichthyose a la même tendance que ces diverses autres dermatoses qui, selon moi, ont une origine également autotoxique — comme, par exemple, le pityriasis rubra, — secondement qu'elle a cette même tendance que d'autres affections générales, comme l'ataxie, et d'autres encore, que maintenant tout le monde reconnaît, surtout en France, qu'elles dépendent d'un ralentissement de la nutrition, comme, par exemple, le rhumatisme noueux.

Je pourrais ajouter aussi une autre considération identique à propos des causes occasionnelles, qui semblent parfois provoquer l'ichthyose. Mais je préfère ne pas insister ni sur ce fait ni sur les autres que j'ai rappelés car je considère ma tâche, même avec cela seulement, déjà assez épuisée.

D'ailleurs je multiplierais en vain les arguments de ce genre, car je sais bien qu'ils ne pourront jamais constituer une démonstration, jusqu'à ce que les chapitres des autointoxications et des maladies de la nutrition en général ne seront pas sortis de ces termes génériques où ils sont maintenant forcés de rester.

J'ai déjà dit que jusqu'alors ma tâche devait se borner à démontrer que la voie hypothétique — sur laquelle je me suis mis seulement après m'être convaincu qu'il n'y a aucune autre théorie capable de nous donner une clef satisfaisante pour arriver à la solution du problème de la nature et de la pathogénie de l'ichthyose, — est une voie vers laquelle beaucoup d'arguments nous poussent et nous encouragent. Maintenant, après tout ce que j'ai dit, je laisse le lecteur libre de juger, comme j'ai déjà promis, s'il est vraiment difficile de me suivre sur cette voie.

#### EXPLICATION DES PLANCHES

Fig. I. - Zeizs. Oc. 2. Obj. A. Coloration à l'orcéine. Ichtyosis simplex.

Période progressive de la maladie : léger degré de la lésion. On y voit : 1° La couche cornée épaissie ; 2° les sillons superficiels plus prononcés qu'à l'état normal; 3° la couche germinative de l'épithélium plus foncée parce que faiblement pigmentée ; 4° dans le derme, les fibres élastiques presque normales peut-être un peu hypertrophiées ; 5° les vaisseaux et les capillaires sanguins sont entourés par des leucocytes.

Fig. II. — Même coloration, même grossissement, même période de la maladie. Ichtyosis simplex.

Avec les lésions prénotées on y voit autour des capillaires de petits espaces blancs qui indiquent un léger degré d'œdème et trois lacunes ovalaires des espaces lymphatiques élargis.

Fig. III. — Zeizs. Oc. 2. Obj. D. Même coloration. Ichtyosis simplex. La malade est à une période plus avancée.

On y voit : 1º La couche cornée épaissie ; 2º la couche germinative foncée par la pigmentation ; 3º les vaisseaux du derme toujours entourés de cellules lymphoïdes ; 4º plusieurs lacunes lymphatiques de proportion variable ; 5º dans les papilles et aussi dans le derme plusieurs amas de pigment ; 6º rétraction commençante de la couche papillaire de l'épiderme, et selérose commençante du derme.

Fig. IV. — Koristka. Oc. 3. Obj. 8. Coloration à la safranine. Ichtyosis simplex. La maladie est à une période très avancée.

La coupe montre la dernière phase du processus morbide, ou l'état stationnaire et immuable de la lésion ichthyosique, avec la sclérose atrophique du derme, disparition totale de la couche papillaire et pigmentation du réseau malpighien très fort.

Fig. V. - Koristka. Oc. 3. Ojb. 3. Coloration de Czokor, Ichtyosis hystrix.

La coupe montre la prolifération très active de la couche papillaire qui est parsemée, autour des vaisseaux, de cellules embryonnaires. Il n'y a pas de prolifération remarquable de l'épithélium.

Fig. VI. - Koristka. Ob. 3. Oc. 3. Coloration à l'arcéine, Ichtyesis hystrix.

La coupe montre l'hypertrophie du tissu élastique et aussi dans les végétations papillaires, et la bonne conservation des glandes sébacées.

# SUR L'ÉCORCE DU MURURÉ ET LE MERCURE VÉGÉTAL

ÉTUDE BOTANIQUE ET CHIMIQUE

#### Par H. Cathelineau et C. Rebourgeon.

(Travail du laboratoire de M. le professeur FOURNIER.)

# I. - ÉCORCE DE MURURÉ

On emploie au Brésil, sur les bords de l'Amazone, le suc d'un arbre désigné par les indigènes sous le nom de Mururé, dans le traitement du rhumatisme et surtout dans celui des accidents tertiaires de la syphilis. Ce suc porte le nom de mercure végétal.

Le mururé n'a pas reçu de nom scientifique et son origine botanique est inconnue.

Martius a désigné à tort un arbuste de la famille des Scrofulariées, le Manacan, comme produisant le mercure végétal. Le manacan, à la vérité. est bien employé comme antisyphilitique par les indigènes, mais l'arbre qui produit le mercure végétal n'a aucun rapport avec le manacan (1).

1º ÉTUDE BOTANIQUE. — L'écorce du mururé présente un aspect rouge brique, son épaisseur est environ de 0,01 à 0,017. Sur sa face externe, on voit des plaques qui se détachent assez facilement; elles sont d'une couleur rouge beaucoup plus foncée, rugueuses, et tranchent par leur aspect plus foncé et écailleux sur le fond lisse de l'écorce.

La face interne est fibreuse, grisâtre.

La consistance de cette écorce est assez dure; sur une coupe la coloration de l'écorce est moins foncée qu'à la surface.

Examen microscopique. — On distingue histologiquement dans l'écorce trois portions :

1º Une portion externe formée par des granules irrégulièrement arrondis, plutôt ovales, très denses, ressemblant à un exsudat qui s'est desséché:

2° Une zone se détachant facilement, constituée par 4 ou 5 assises de cellules polygonales, ne laissant pas de méats intercellulaires. Ces cellules se désagrègent en traînées qui sont parallèles au cylindre central.

C'est vraisemblablement l'assise épidermique s'exfoliant avec facilité; on n'y trouve aucun élément du bois, pas de lacunes ni de faisceaux lignifiés. Il semble que c'est exclusivement de la cellulose;

<sup>(1)</sup> P. CHERNOVIZ. Formulario e guia medica, Paris, 1884.

3º Une portion centrale avec de nombreux faisceaux du bois, des cellules de soutien lignifiées, de grands enclos de fibres libériennes. Pas de canaux sécréteurs.

Toute la coupe est colorée en rouge brun avec des parties intermédiaires faiblement verdâtres.

Le pigment est plus dense sur tous les éléments lignifiés. C'est surtout dans les aires des cellules fibreuses que cette matière colorante groupée en petites sphères ou globules s'est disposée de préférence.

2º Partie Chimique. — Nous avons pratiqué l'analyse chimique de cette écorce, nous conformant aux méthodes données par Dragendorff i(1) pour la détermination des principes contenus dans les végétaux.

Nous avons donc employé successivement les dissolvants suivants : éther de pétrole, éther sulfurique, alcool absolu, eau distillée, eau

alcalinisée à 10 0/0, eau acidulée à 10 0/00.

1º Traitement par l'éther de pétrole. — 100 gr. de l'écorce desséchée et pulvérisée ont donné après épuisement un extrait jaunâtre qui, après distillation et évaporation dans le vide, a laissé un résidu de même couleur, liquide à la température ordinaire, du poids de 0 gr. 965.

Une partie de cet extrait est soluble dans l'alcool et donne après évaporation une essence à odeur forte, piquante, aromatique. L'autre partie de l'extrait insoluble dans l'alcool reprise par l'éther, laisse par évaporation de larges cristaux tachant le papier.

Huile essentielle	0,873
Partie insoluble dans l'alcool	0,092

2º Éther sulfurique. - L'éther sulfurique prend au contact de l'écorce une couleur jaune d'or; après épuisement et évaporation, on obtient un résidu du poids de 0,610. Mélangé à du sable fin et lavé, puis divisé par trituration, ce résidu est traité par l'eau distillée froide qui ne lui enlève aucun principe. Repris après dessiccation par l'alcool absolu, une partie seulement de l'extrait se dissout; on obtient une substance résineuse (0 gr. 435); le résidu repris par l'éther s'y dissout complètement laissant après évaporation une substance résineuse (p = 0.175).

3º Alcool absolu. - L'écorce débarrassée de toute trace d'éther est reprise par l'alcool absolu. On obtient une solution d'un brun rougeâtre très foncé. Distillé et évaporé dans le vide, l'alcool laisse un résidu du poids de 1 gr. 890. On traite ce résidu par un volume d'eau déterminé: 1° une partie reste insoluble (0,422), celle-ci est traitée

<sup>(1)</sup> DRAGENDORFF et SCHLAGDENHAUFFEN. Encyclopédie chimique. Analyse chimique des régetaux, Paris, 1885.

par l'eau ammoniacale (1/50); l'extrait ammoniacal légèrement acidulé par l'acide acétique donne un résidu résineux de 0,055 et une solution qui, évaporée, laisse 0,367 de phlobaphènes; 2° La solution aqueuse traitée par quelques gouttes de perchlorure de fer donne une coloration noir bleuâtre, avec la gélatine forme un précipité. Évaporée dans le vide, elle laisse un résidu composé de substances tanniques et ne renfermant ni alcaloïde, ni glycosides.

4° Eau distillée. — Épuisée par l'eau, l'écorce du mururé donne 2,177 d'extrait 0/0. On mélange 20 c. c. de l'extrait repris par une certaine quantité d'eau avec un volume double d'alcool absolu, il se forme un abondant précipité qu'on lave au bout de 24 heures avec de l'alcool à 65°. Le précipité se dissout en partie. L'analyse démontre que cet extrait est formé de

 Sels fixes
 0,250

 Matières albuminoïdes
 0,477

 Principe amer
 1,450

5° Eau alcalinisée à 1 0/00. — On obtient après évaporation dans le vide, un résidu du poids de 3 gr. 727 ainsi composé :

6° Eau acidulée. — On obtient après évaporation un résidu brunâtre du poids de 1,315 renfermant :

En résumé:

 Éther de pétrole.
 0,965

 Éther sulfurique,
 0,610

 Alcool absolu.
 1,890

 Eau.
 2,177

 Eau alcalinisée.
 3,727

 — acidulée
 1,315

 Total des substances solubles
 10,684

#### II. — MERCURE VÉGÉTAL

Le suc du mururé est obtenu par incision et recueilli au pied de l'arbre dans des feuilles d'arbre disposées à cet effet.

Propriétés physiques. — C'est un liquide d'une couleur rouge brunâtre, d'une odeur un peu vineuse, d'une saveur douceâtre, son aspect est louche, sa consistance légèrement visqueuse, il mousse fortement par agitation. La densité est de 1,100. Il se trouble par l'action de la chaleur.

Propriétés chimiques. - Sa réaction est nettement acide, miscible dans l'eau légèrement acidulée ou alcalinisée, il donne avec l'eau distillée, un précipité blanc floconneux, abondant. Il est insoluble dans le chloroforme, l'éther sulfurique, l'éther de pétrole, l'alcool absolu.

Traité par divers réactifs, il donne les réactions suivantes :

Acide azotique..... Précipité blanc. - sulfurique...... Coloration noirâtre. chlorhydrique...... Se prend en masse. - acétique..... Perchlorure de fer..... Liqueur de Fehling...... Coloration violette. Lessive de soude..... Se prend en masse. Acide picrique..... Précipité abondant. Réactif de Millon..... Se prend en masse et devient rougeâtre.

Bichlorure de mercure.... Précipité. Acétate de plomb..... Précipité.

100 cent. de suc de mercure évaporés dans le vide, sont repris par de l'alcool à 65° qui dissout un principe amer déjà rencontré dans l'analyse de l'écorce insoluble dans l'éther, l'alcool absolu, soluble dans l'alcool à 70°, très soluble dans l'eau ayant une action drastique considérable, et se trouvant dans la proportion de 16,54 0/0. Les autres principes constituants du suc de mururé sont 0/0, de l'eau (62,16), des matières albuminoïdes (20,60), et des sels fixes (0,70).

# III. — ACTION PHYSIOLOGIQUE.

Expérience I. - Lapin 2 kilogr. Introduction dans l'estomac de 20 c. c. de suc de mururé, soit 10 c. c. par kilogr.

Quelques minutes après l'opération l'animal est abattu, mais ne présente aucun symptôme particulier; le lendemain, on constate une diarrhée intense, l'animal se déplace difficilement, est insensible; le surlendemain, l'animal meurt le matin.

Autopsie. - L'estomac ne présente rien de particulier; l'intestin grêle, surtout à sa partie supérieure, présente une coloration rougeatre généralisée; par places quelques petits points plus foncés. Le gros intestin est fortement congestionné, le cœcum est particulièrement touché. Le cœur, sur sa face externe, présente quelques piquetés hémorrhagiques, à l'ouverture, le ventricule droit présente quelques foyers hémorrhagiques ainsi que le ventricule gauche.

La couche corticale des reins présente une couleur rougeâtre assez prononcée.

Expérience II. - Lapin 2,500. Injection dans la veine marginale de l'oreille gauche de 10 c. c. de suc de mururé.

Aussitôt après l'injection poussée très lentement l'animal présente une torpeur considérable. Il meurt au bout de vingt-cinq minutes avec quelques convulsions.

Autopsie. — L'autopsie pratiquée immédiatement montre les mèmes lésions que celles décrites dans la précédente.

Expérience III. — Chien 16 kilogr. Injection dans la veine saphène gauche de 66 c. c. de mururé, 4 c. c. par kilogr.

Quelques minutes après la fin de l'injection, l'animal est pris de mouvements de défécation violents, il est abattu, il émet quelques gouttes d'urine sanguinolente. Mort une demi-heure après l'injection.

Autopsie. — La face externe de l'estomac est fortement injectée, à l'intérieur il présente une coloration rouge vineux généralisée et, du côté de la région pylorique, quelques petits foyers hémorrhagiques. L'intestin grêle dans toute son étendue a une coloration rouge lie de vin sur toute sa surface. A peine si de place en place quelques parties sont restées avec leur couleur normale. L'extrémité pylorique présente une teinte rouge acajou sur une longueur de quelques centimètres. Dans le gros intestin, on voit quelques petits points d'un rouge très vif se détachant nettement sur le fond légèrement rougeâtre. La couche corticale des reins présente une coloration rouge acajou foncé; la vessie est pleine d'une urine légèrement albumineuse, sa face interne est fortement rougeâtre.

Le foie n'offre objectivement rien de particulier. On note dans le cœur : dans l'oreillette gauche deux petits foyers hémorrhagiques, dans le ventricule gauche on constate de nombreux foyers, le ventricule et l'oreillette droits n'ont rien de particulier à signaler.

Expérience IV. — Chien 12 kilogr. Injection intraveineuse de 12 c. c. de suc de mururé, 1 c. c. par kilogr.

31 mars. Début de l'injection à 2 heures.

A 3 h. 30, mouvements de défécation intenses.

A 3 h. 40, vomissements sanguinolents, déjections alvines.

 $\Lambda$  5 heures, nouveaux vomissements, coliques, déjections bilieuses jaunâtres avec traces de sang. Urine sanguinolente.

1er avril. L'animal est toujours atteint de diarrhée, il y a du sang dans les urines et les fèces.

Le 2. L'animal est atteint de convulsions par moments, vomissements, diarrhée. Secousses dans les membres, dans la mâchoire, tremblement des extrémités; il ne peut se relever. On note une contraction généralisée de tous les membres. La pupille est dilatée, le ventre est dur mais non ballonné.

Le 3. Mêmes phénomènes. L'animal meurt le soir.

Autopsie. - Mêmes lésions que dans la précédente expérience.

Expérience V. — Lapin 2,500. Injection dans la veine marginale de l'oreille droite de 1 gr. 75 de principe amer du suc de mururé, soit 0 gr. 50 par kilogr.

8 mai 1893. A 2 heures, début de l'injection.

A 2 h. 35, émission abondante d'urine suivie de déjections. L'animal est agité. On note des mouvements de défécation répétés.

A 3 heures, déjections diarrhéiques avec ténesme, l'animal se couche par moments, marche titubante. Mort dans la nuit du 8 au 9 mai.

Autopsie. - Mêmes lésions que dans les expériences I et II.

# SOCIÉTÉ FRANÇAISE DE DERMATOLOGIE ET DE SYPHILIGRAPHIE

# SÉANCE DU 8 JUIN 1893.

#### PRÉSIDENCE DE M. ALFRED FOURNIER

SOMMAIRE. - Correspondance imprimée. - Epithéliome végétant du nez, par M. DU CASTEL. (Discussion : MM. E. BESNIER, QUINQUAUD, FOURNIER, DU CASTEL.) - Cinq cas de guérison d'épithélioma de l'angle interne de l'œil. Présentation des malades, par M. A. Darier. - Hydrargyrie d'origine externe (Dermatite eczémateuse exfoliatrice mercurielle), par M. GASTOU. - Leucomélanodermie syphilitique, par M. A. FOURNIER - Note sur un cas de maladie bulleuse à kystes épidermiques, développée dans le jeune âge, par M. CH. QUINQUAUD. (Discussion : MM. HALLOPEAU, E. BESNIER.) - Dermatite bulleuse chronique, par MM. HALLOPEAU et BRODIER. (Discussion : MM. L. BROCQ, HALLOPEAU, A. FOURNIER.) - Corne unguéale, par M. HALLOPRAU. - Elephantiasis nostras, par MM. A. FOURNIER et MENDEL. (Discussion : MM. ZAMBACO, E. BES-NIER, DARIER.) — Sclérodermie avec sclérodactylie, par MM. ZAMBACO et BÉRIL-LON. - Du décollement syphilitique de la rétine et de son traitement, par M. GALEZOWSKI. (Discussion: MM. BARTHÉLEMY, GALEZOWSKI, HALLOPEAU, A. FOURNIER.) - Lèpre mutilante autochtone chez un Breton. Présentation de moulages, par M. ZAMBACO. (Discussion : M. E. BESNIER.)

La correspondance imprimée comprend :

1º Un exemplaire du premier numéro du Commentario clinico delle mallatie cutanee. Adressé par le Dr Barduzzi.

2º Un ouvrage intitulé: Recueil d'observations dermatologiques, par le Dr Arnozan.

#### Épithéliome végétant du nez

par M. DU CASTEL.

L'affection dont est atteint ce malade a commencé, il y a au moins deux ans, à l'intérieur du nez par une petite croûte qu'il arrachait fréquemment; elle n'avait présenté aucun caractère de gravité, quand, il y a trois mois environ, elle se mit à végéter. Aujourd'hui, on constate

à la partie antérieure du nez deux tumeurs volumineuses absolument distinctes l'une de l'autre, séparées par un sillon qui se prolonge jusque sur la narine droite, qui se trouve ainsi détachée du lobule du nez; la tumeur droite a le volnme d'une noix; la gauche celui d'un gros œuf de poule.

Quand le malade est entré, le tout était recouvert d'une croûte noire et épaisse, stratifiée. Les croûtes sont tombées sous l'influence d'applications de solution de chlorate de potasse, les tumeurs, mises à nu, se présentent sous l'aspect lobulé; elles sont formées de nodules du volume d'un gros grain de chènevis, dont chacun est formé par l'agglomération de saillies papillomateuses, brillantes, d'un rouge vif. Les surfaces malades suppurent abondamment, saignent facilement. En relevant les tumeurs, on voit que le processus papillogène se prolonge à l'intérieur des fosses nasales aussi loin qu'on peut voir.

Au-dessus de la tumeur, la peau est congestionnée, violacée, infiltrée jusqu'à la racine du nez; la rougeur pathologique gagne la joue du côté droit. Au milieu de cette rougeur, on a vu s'élever ces jours derniers quatre ou cinq nodules miliaires d'aspect caséeux, qui se sont ulcérés.

Le diagnostic ne me paraît pas douteux; il s'agit ici d'un épithéliome végétant, dont je n'ai pu encore fixer histologiquement la variété;
mais j'attribuerai volontiers la tendance végétante à ce fait que le
développement de la maladie s'est fait sur la muqueuse nasale et non
sur la peau, et tout le monde sait que les épithéliomes des muqueuses
sont plus volontiers végétants que les épithéliomes d'origine cutanée.
Je serais heureux aussi d'avoir l'opinion de mes collègues sur le traitement qu'ils sont d'avis qu'il y ait lieu d'appliquer en un cas aussi
sérieux; de savoir d'eux jusqu'à quel point ils sont d'avis que la lésion
périphérique d'aspect inflammatoire doive être considérée comme un
processus inflammatoire surajouté, ou jusqu'à quel point cette infiltration périphérique de la peau doive être considérée comme une poussée
déjà réalisée du processus épithéliogène à travers la peau voisine des
grosses tumeurs épithéliales.

M. E. Besnier. — Si nous sommes assez bien fixés sur le diagnostic des lésions tuberculeuses et syphilitiques du centre de la face, il n'en est pas toujours de même des épithéliomes.

Dans ce cas particulier la nature épithéliomateuse semble manifeste; le début paraît bien avoir été *iutra-nasal*, quoique le plus souvent, d'après mes observations, il soit *narinaire*. Au point de vue thérapeutique je conseille d'employer le naphtol camphré en applications externes et intranarinaires (boulettes imbibées de naphtol bourrant les narines), dans le but de réduire d'abord la masse fongueuse au plus petit volume possible par momification, ainsi que je l'ai exécuté dans le cas dont je vous présente le moulage.

Quant aux lésions périphériques auxquelles M. Du Castel vient de faire allusion, elles ne me paraissent pas purement inflammatoires, mais déjà épithéliomatisées.

M. QUINQUAUD. — Il est très certain que l'examen histologique convenablement pratiqué paraît reconnaître l'envahissement de la zone érythémateuse périphérique par l'épithélioma, et cela explique la fréquence des récidives après une ablation incomplète.

M. A. Fournier. — Je crois, moi aussi, à l'épithélioma. Je ne puis cependant ne pas faire une réserve pour les syphilides végétantes frambœsioïdes telles que les a décrites Alibert et qu'on voit surtout au crâne, au menton. Pourquoi n'en observerait-on pas au nez ?

M. DU CASTEL. — Il n'y a chez ce malade d'antécédents spécifiques d'aucune espèce.

# Cinq cas de guérison d'épithélioma de l'angle interne de l'œil.

Par le Dr A. DARIER.

Incalculable est le nombre des médications plus ou moins spécifiques, vantées contre l'épithélioma, aussi n'est-ce pas une nouvelle panacée que je viens vous présenter ici.

Partisan convaincu de la nature infectieuse ou parasitaire de l'épithélioma de par la simple observation clinique, je me suis appliqué par des moyens divers à obtenir la destruction la plus prompte et la plus complète possible de l'élément infectieux, et j'ai mis à réquisition les différents agents physiques ou chimiques que met à notre disposition l'arsenal thérapeutique moderne.

En première ligne je citerai le galvanocautère qui, manié par une main experte, donne quelquefois de brillants résultats, si l'on a bien le sens de la résistance différente du tissu sain et du tissu morbide. Ce moyen, que nous avons fréquemment employé, est souvent efficace, dans les épithéliomas superficiels qui n'intéressent que la peau, sans empiéter sur l'organe visuel ou une annexe importante.

L'instrument tranchant a presque les mêmes indications, mais plus étendues encore; il est indiqué aussi bien dans les cas d'épithélioma térébrant, que dans ceux où le néoplasme forme une tumeur qu'il faut énucléer et qu'il faut remplacer par une autoplastie.

A côté de ces deux catégories d'épithélioma, il y a une infinité de formes cliniques que, pour une raison ou pour une autre, nous ne pouvons attaquer d'une manière aussi radicale. C'est dans ces cas de la pratique journalière des cliniques que j'ai eu l'occasion d'employer

différents moyens qui m'ont donné les résultats que vous pouvez voir par vous-mêmes.

Les malades que je vous présente et que vous voyez apparemment guéris, l'ont tous été dans un laps de temps variant de 3 semaines à 2 mois; le dernier était un épithélioma datant de 12 ans.

Après bien des tentatives, avec le chlorate de potasse, l'aristol, la résorcine, l'acide acétique, etc., nous en sommes arrivé au modus faciendi suivant, qui pourra être notablement modifié par l'expérience de chacun:

Il est bon de débarrasser d'abord la surface ulcérée des croûtes, qui la recouvrent, au moyen de cataplasmes antiseptiques de fécule de pomme de terre, cuite dans une solution de sublimé 1 pour 1000.

S'il existe un bourrelet épidermique, trop saillant, épais, corné, il faut le toucher légèrement au galvano-cautère pour permettre aux agents chimiques de pénétrer jusqu'aux couches profondes du mal.

La surface sur laquelle on doit agir étant bien détergée, on l'insensibilise au moyen d'une légère compresse d'ouate trempée dans une solution de cocaïne 10 0/0.

Cela fait, on imbibe toute la surface malade, avec un fin pinceau trempé dans une solution concentrée de bleu de méthyle (1 gr. sur alcool et glycérine ââ 5 grammes).

Toutes les parties teintes en bleu sont alors touchées très légèrement avec un stylet d'acier trempé dans une solution d'acide chromique 1/5.

Il se produit une réaction couleur pourpre. On réapplique encore une fois du bleu, après quoi on lave soigneusement le pourtour du mal pour enlever l'excès de couleur. Pansement consécutif: cataplasmes de fécule ou simples compresses de sublimé 1/1000 en permanence pour éviter la formation de croûtes, qui retarderaient les applications subséquentes. Les attouchements sont répétés 4 ou 5 fois à deux ou trois jours d'intervalle; puis on ne se sert plus ensuite que du bleu de méthyle jusqu'à ce que le derme réformé, n'absorbe plus la couleur, le traitement dure de 3 semaines à 2 mois pour les épithéliomas superficiels suivant leur étendue (environ un mois par centimètre carré). Dans les formes térébrantes avec indurations larges et profondes, il serait indiqué de faire des injections interstitielles de bleu de méthyle, tout en faisant les attouchements ci-dessus sur la surface ulcérée, en se montrant très prudent dans le maniement de l'acide chromique dans ces cas.

Les résultats immédiats obtenus par ce nouveau traitement sont rapides et brillants, seront-ils durables? Ne verrons-nous pas des rechutes se produire comme après la plupart des traitements antérieurs? ve

raj

rec

sai

chi

cal

ph

ble

de

no

ref

VO.

me

no

de

ju

et

m

Il est bien probable que dans bien des cas nous aurons des récidives; et nous en avons déjà eu, mais le traitement est si simple et si rapidement efficace, qu'il sera toujours facile, d'avoir raison de ces rechutes surtout si le malade est averti.

1<sup>st</sup> CAS. — Épithélioma du bord libre de la paupière inférieure intéressant le point lacrymal. L'étendue de la surface ulcérée est de 18 millim. en longueur il ne reste plus de cils que sur le tiers extérieur de la paupière.

Après 3 ou 4 attouchements combinés au bleu de méthyle et à l'acide chromique, la surface ulcérée a notablement diminué et l'aspect en est beaucoup plus propre. Quelques saillies irrégulières, constituées par le cartilage tarse érodé, sont applanies d'un coup de curette. Quelques jours plus tard la cicatrisation est complète. Aujourd'hui telle que vous la voyez elle date de 9 mois environ.

Ce n'est pas le premier malade chez lequel nous avons appliqué le bleu de méthyle; et cela simplement pour bien nous rendre compte de l'étendue et de la gravité du mal. Mais c'était la première fois que nous appliquions par-dessus l'acide chromique; et le résultat a été si bon que jusqu'ici nous n'avons pas osé nous départir ni de l'un ni de l'autre de ces deux agents.

Le 2° cas a été guéri dans des conditions à peu près identiques. L'épithélioma intéressait l'angle interne de l'æil et les deux points lacrymaux. La guérison fut obtenue en 4 semaines; malheureusement je n'ai pu retrouver l'adresse du malade qui est guéri depuis 6 mois. Je n'ai donc pu vous le présenter.

Le 3° cas a trait à un malade que j'ai déjà présenté à la Société d'ophtal-mologie. Voici son histoire :

M. L..., âgé de 71 ans, se présente à la clinique du Dr Abadie en novembre 1892. Son affection date de 12 ans; elle avait débuté par un petit bobo qu'il prit pour une verrue, se recouvrant d'une creûte qui tombe et se renouvelle toujours en grandissant sans cesse.

Ne souffrant pas, M. L. ne fait aucun traitement jusqu'à il y a 18 mois ou 2 ans. Son médecin lui fait appliquer alors des compresses de chlorate de potasse. Un spécialiste consulté plus tard ordonne le même traitement sans plus de succès. Un chirurgien des hôpitaux, vu l'âge du malade, ne juge pas opportun d'enlever la tumeur, comme l'aurait désiré le malade.

Le 20 novembre 1892, nous constatons la présence d'un épithélioma caractéristique, à l'angle interne de l'œil gauche, intéressant la caroncule et les deux points lacrymaux, et s'étendant jusqu'à la racine du nez.

L'ulcération est sanieuse, recouverte en grande partie de croûtes, de muco-pus et de larmes qui baignent la partie la plus rapprochée de l'œil.

Les bords sont saillants indurés avec un bourrelet caractéristique, le diamètre horizontal est de 23 millim. et le diamètre vertical de 20 millim. La profondeur de l'ulcération bien difficile à mesurer exactement peut être estimée à 3 millim environ. En présence de ce cas il nous paraît indiqué

d'intervenir chirurgicalement mais, auparavant, après avoir détergé toute la surface malade, nous l'impreignons de bleu de méthyle pour bien en délimiter les contours et l'étendue, après quoi nous cautérisons toute la surface coloriée avec l'acide chromique; nous répétons à 2 ou 3 fois ces attouchements alternativement, jusqu'à ce que toutes les parties malades en soient bien pénétrées. La douleur est presque nulle.

Le lendemain il s'est formé une eschare ou plutôt une croûte fortement

colorée en bleu sans réaction bien marquée.

Nous répétons les attouchements au bleu et à l'acide chromique, sur les parties que nous pouvons atteindre entre la croûte et le bourrelet périphérique.

Les jours suivant des compresses et des cataplasmes de fécule sont appliqués pour faire tomber l'eschare et 3 ou 4 cautérisations à l'acide chromique ayant été faites les jours suivants, les attouchements au bleu de méthyle sont seuls continués.

Il s'est produit un tel changement dans l'aspect de l'ulcération que nous

n'avons plus pensé à intervenir chirurgicalement.

Le 7 décembre, toute la surface ulcérée est bien unie, propre et recouverte d'une couche blanche amorphe se coloriant très peu par le bleu, les diamètres ne sont plus que de 21 millim. sur 19 millim.

Le 28 décembre, 17 sur 15. On touche encore une ou deux fois à l'acide chromique, que l'on laisse absolument de côté à partir du 2 janvier.

Le 11 janvier 1893, les dimensions sont de 15 sur 10 millim.

Le 18 janvier les dimensions sont de 10 sur 5 millim.

Le 31 la surface est complètement cicatrisée, mais elle reste toujours délimitée par l'ancien bourrelet saillant, que nous touchons légèrement au galvano-cautère en pansant les points touchés à l'acide chromique et au bleu de méthyle, persuadé qu'en-dessous du bourrelet il devait y avoir des germes infectieux capables d'amener une récidive.

Vous voyez aujourd'hui, Messieurs, le résultat. Toute l'ulcération est cicatrisée.

Le 4° cas a trait à un malade que nous avons soigné depuis tantôt 3 ans par la résorcine, l'aristol, l'acide acétique et même le galvano-cautère, et qui finalement a été brillamment opéré par notre maître, le Dr Abadie.

Vous voyez encore sur lui les traces d'une autoplastie qui a fort bien réussi et qui a procuré au malade une guérison relative de près d'un an, Il y a 2 mois il revint nous voir et nous avons pu constater alors que deux nouveaux nodules épithéliomateux ulcérés s'étaient produits sur les bords du lambeau implanté. Après 3 attouchements au bleu de méthyle et à l'acide chromique à 4 ou 5 jours d'intervalle la cicatrisation est complète ainsi que vous pouvez le voir.

Le 5° cas est celui que M. le D° Besnier a eu l'extrême obligeance de nous envoyer et que vous pouvez voir ici. C'est à peine si la cicatrice est visible quoique encore un peu mince et rouge, car elle est en effet encore toute récente. La surface ulcérée n'est en effet complètement recou-

M

m

m

d

verte que depuis le 20 mai. Voici en quelques mots l'histoire de ce cas. Mmº L..., âgée 62 ans, portait, depuis 25 ans déjà, vers la racine du nez et près de l'angle interne de l'œil, un petit bouton qui s'ulcérait, se couvrait de croûtes et semblait guérir, pour revenir de nouveau. Petit à petit le mal s'est aggravé au point qu'une intervention est jugée nécessaire, et la surface de l'ulcère est touchée au galvano-cautère par le médecin traitant; mais au lieu de diminuer, le mal ne fait que s'accoître. C'est alors que la malade va trouver M. le Dr Besnier qui a bien voulu nous l'adresser.

Le 7 janvier 1893 on peut voir vers la racine du nez une surface un peu surélevée recouverte de fines croûtes, et par place d'une pelficule épidermique translucide et mamelonnée, tout autour un bourrelet caractéristique. La surface malade a un diamètre horizontal de 20 millim. sur une hauteur

de 10 millim.

Au moyen du galvano-cautère, je détruis, séance tenante, la pellicule épidermique qui recouvre les parties malades, pour pouvoir faire porter plus profondément l'action du bleu de méthyle qui est immédiatement porté sur toute la surface ulcérée, après quoi je touche légèrement toutes les parties teintes en bleu avec un brin de bois trempé dans une solution d'acide chromique au 1/5. A deux reprises ces attouchements sont répétés dans l'espace de 20 minutes.

La malade est renvoyée chez elle avec la recommandation d'appliquer sur la plaie une compresse de sublimé 1/1000 qu'elle recouvrira d'un cataplasme de fécule; le pansement doit être renouvelé sans cesse pour éviter

la formation de croûtes.

Les 4 ou 5 jours suivants, après avoir détergé la plaie, je la touche de la même façon mais plus légèrement.

15 avril, la surface ulcérée mesure 18/13 millim. elle est lisse, uniformément rouge, sans trace de bourrelet, ni induration, la coloration par le bleu se fait plus difficilement et dure moins longtemps.

Le 22, des bords de la plaie part une zone épidermique qui avance petit à petit vers le centre; le bleu ne teint presque plus la surface rouge et bourgeonnante. Les attouchements au bleu seul sont faits tous les 2 jours. Cataplasmes de fécule par-dessus une compresse mince de sublimé.

8 mai. Après un mois la surface ulcérée ne mesure plus que 12/6 millim. Le 20. La cicatrisation est complète, il ne reste plus qu'une fissure centrale qui montre le point de réunion des couches épidermiques qui ont conflué vers le centre. A partir de ce jour, la guérison peut être considérée comme certaine, il n'y a plus qu'à attendre du temps la consolidation du tissu cicatriciel qui a remplacé l'ancienne ulcération.

La 6° MALADE que je vous présente n'est en traitement que depuis 12 jours, elle est donc encore à la période d'eschare, et c'est pour appliquer devant vous le traitement que j'ai pris la liberté de vous la montrer. Les dimensions de l'ulcération qui, le premier jour, étaient de 12/18 millim., sont à peine diminuées, pourtant vous pouvez voir sur tout le pourtour une zonule d'épiderme de nouvelle formation qui se forme et indique que la cicatrisation est en train de se produire, elle demandera pour une ulcération de cette dimension un laps de temps de 6 semaines environ pour être complète. Il y a déjà 10 jours d'écoulés donc dans les premiers jours de juillet la malade sera guérie, je l'espère.

Conclusion. — Nous tenons à répéter en terminant que nous ne prétendons pas avoir trouvé un spécifique contre l'épithélioma des

paupières ou de la face.

Le violet de méthyle a déjà été prôné contre les tumeurs cancéreuses, il n'a, je crois, aucune action spécifique; c'est avec le bleu, la couleur d'aniline qui a un pouvoir antiseptique et pénétrant des plus marqués avec une action élective sur les tissus morbides. C'est par empyrisme en nous servant des couleurs d'aniline pour étudier et soigner les ulcères cornéens que nous en sommes venu à employer le bleu méthyle dans l'épithélioma, dans le simple but de bien déterminer la disposition des éléments pathologiques, pour les atteindre ensuite ou par le feu, le fer ou les caustiques.

Les guérisons que l'on obtiendra par le traitement que nous venons d'indiquer seront bien plutôt dues aux soins méticuleux qu'on mettra à l'appliquer qu'à une action vraiment spécifique. Nous croyons que le sublimé employé dans les pansements consécutifs n'est pas non plus une quantité négligeable. L'acide chromique n'agit probablement

que comme caustique.

Il est à craindre que dans beaucoup de cas les guérisons ne soient que temporaires, quand l'âge et la cachexie seront trop avancés.

Dans aucun des cas que nous avons soignés nous n'avons eu recours à un traitement général quelconque pas plus par des médications

internes que par un régime hygiénique ou alimentaire.

Il fallait que la médication locale fit ses preuves. Maintenant nous croyons que l'état général pourra avantageusement être modifié dans beaucoup de cas, et peut être trouverons-nous par là le moyen d'éviter les récidives, en donnant aux tissus de l'organisme une vitalité plus grande.

# Hydrargyrie d'origine externe. Dermatite eczémateuse exfoliatrice mercurielle.

Par le Dr Gastou, ancien interne des hôpitaux.

La photographie que j'ai l'honneur de présenter à la Société est celle d'une malade du service du professeur Fournier.

Vue de face, cette malade présente une éruption presque généralisée de couleur rouge intense recouverte d'une desquamation épidermique furfuracée.

Cette éruption est constituée par des nappes ou placards saillants et par des îlots généralement symétriquement placés, par rapport aux plaques centrales, ressemblant suivant l'expression du professeur Fournier à des « éclaboussures d'eczéma ». 0

de

gi

n

le

re

VE

pl

ln

ap

vi

Ce

co

à :

ch

SII

fu

ép

la

de

Une large nappe érythémateuse à bords saillants part de la tête, occupe la face entière, moins les paupières, gagne le cou et les épaules, descend sur la poitrine en laissant une partie des seins intacts, puis s'accentue sur le sillon inter-mammaire et le creux épigastrique et s'étale sur l'abdomen pour venir se terminer en losange dans la région pubienne et la face interne des cuisses jusqu'aux genoux.

Le reste du tégument est occupé par des îlots érythémateux saillants, de grandeur variable, reliant la nappe éruptive antérieure à la

nappe postérieure.

Cette nappe postérieure part également de la tête qui est entièrement envahie par l'éruption, gagne le derrière des oreilles, le cou, les épaules et le tiers interne de la face postérieure des bras jusque au-dessous du coude. Elle s'étale dans le dos jusqu'à la région lombaire, sans solution de continuité et se termine à ce niveau par un rebord saillant, irrégulier, non cyclique.

Les membres inférieurs et supérieurs dans les parties non couvertes, par la nappe éruptive sont parsemés d'îlots en éclaboussures,

plus abondants au niveau des plis articulaires:

Examinée à la loupe, l'éruption présente les caractères suivants :

Au cuir chevelu sur un fond rouge intense et suintant existent des éraillures et une quantité de petites croûtes blanc jaunâtre, de la dimension d'une lentille se touchant par leur bords, et dont l'ensemble donne une apparence craquelée des plus nettes. De place en place existent des plaques d'alopécie variant de dimensions, depuis la grandeur d'une pièce de vingt centimes jusqu'à une pièce de cinq francs. Au niveau de ces plaques il existe une desquamation furfuracée pityriasique, une absence complète de cheveux, dont on aperçoit en certains points la racine coupée au ras. Ces plaques n'ont ni brillant, ni poli, sont irrégulières et ne rappellent en rien les plaques de la pelade ou de la teigne.

Derrière les oreilles, il existe une tuméfaction ganglionnaire, pâteuse, sans tendance à la suppuration. En ces points comme sur le reste du corps, l'érythème est constitué par une infiltration sub-œdémateuse, dure, à rebords saillants, d'aspect craquelé, parsemée de très petites papules au sommet desquelles se voit sur quelques-unes une mince croûtelle blan-

châtre.

Ces papules se retrouvent surtout sur l'extrémité des membres, groupées sur des plaques d'érythème, la petite vésicule qui les recouvre est des plus nettes; elle ne s'ouvre pas, se dessèche et constitue la desquamation furfuracée.

Cette desquamation furfuracée est générale, très abondante et existe dans tous les points où siège l'érythème. Elle est constituée par des débris épithéliaux très menus sur le thorax, l'abdomen et les membres, plus larges sur le cuir chevelu.

Cette éruption eczémateuse, semblable à la dermatite exfoliatrice, date de deux mois environ. Elle ne s'accompagne ni de chaleur à la peau, ni de démangeaisons, ni de douleurs, ni de fièvre.

Elle s'est manifestée dans les conditions suivantes : la malade, jeune fille de 22 ans, couturière, se plaignant de pellicules, consulta un médecin, qui lui prescrivit des lavages et des applications de sublimé au millième dédoublé. La malade exécuta rigoureusement l'ordonnance. Tous les soirs elle s'appliqua des compresses trempées dans la solution de sublimé dédoublé et les laissa la nuit. Vers le troisième jour après le début du traitement, une tension pénible se manifesta sur le cuir chevelu, suivie de démangeaisons et de rougeur. En se grattant, la malade s'apercevait que ses cheveux, qu'elle avait fait couper ras, lui restaient après les ongles.

Bientôt l'érythème et les démangeaisons gagnèrent le derrière des oreilles, le cou, les épaules, la poitrine, le dos, puis l'abdomen et les

membres.

Sur l'érythème devenu saillant, se développèrent les papules vésiculeuses, puis consécutivement la desquamation.

En une huitaine de jours l'éruption fut presque entièrement constituée, Depuis la desquamation prédomine et la démangeaison a disparu.

A aucun moment de l'évolution de ces accidents, la malade n'a eu de signes d'intoxication mercurielle: ni gingivite, ni stomatite, ni pharyngite, ni diarrhée, ni vomissements et pourtant l'urine examinée à deux reprises différentes, un mois après le début de l'éruption, par M. Cathelineau, a montré par les procédés de Witz et de Merget la présence certaine du mercure. Il y a donc eu absorption de mercure, sans qu'il ait produit d'accident d'intoxication autre que l'hydrargyrisme cutané.

Cette absorption semble s'être faite entièrement au niveau du cuir chevelu. Il existait à ce niveau antérieurement, d'après les renseignements que l'on peut difficilement tirer de la malade, de la séborrhée fluente.

On ne peut trouver dans l'histoire antérieure familiale ou personnelle de la malade quelque raison qui puisse expliquer la localisation cutanée. Ni chez elle, ni chez ses parents on ne relève de traces d'arthritisme, d'herpétisme ou de scrofule. Tous les organes sont normaux, le foie et les reins fonctionnent bien. Les urines contiennent du pigment uro-hépatique abondant, qui semble être en rapport avec l'état de dénutrition dans lequel se trouve la malade qui est maigre et plutôt chétive.

Un fait est cependant à signaler qui pourrait expliquer la localisation et la diffusion rapide de l'intoxication sur le tégument: il existe une anesthésie assez marquée du côté gauche du corps et au niveau des plaques d'érythème, il y a en outre une anesthésie complète de l'arrière-gorge. La malade est peu intelligente, et on ne peut connaître exactement son passé nerveux. On ne constate pas de points hystérogènes, mais seulement quelques zones d'hyperesthésie et de l'exagération des réflexes.

En résumé cette observation est intéressante à plusieurs titres : elle montre une intoxication mercurielle rapide, générale, par une porte d'entrée relativement peu étendue et une dose de toxique faible, ne se manifestant uniquement que par une dermatite eczémateuse exfoliatrice bénigne chez un sujet jeune, non arthritique mais offrant un système vaso-moteur cutané très sensible et facilement excitable.

M. le professeur Fournier, dans son livre sur le traitement de la syphilis (1), a fait une étude succincte et complète de ces cas d'accidents cutanés survenant à la suite de l'usage externe ou interne du mercure; il les divise en formes légère, moyenne ou grave se traduisant le plus souvent par l'aspect d'érythèmes polymorphes desquamatifs avec des variétés qui ont pu les faire confondre avec les éruptions de la scarlatine, de la rougeole, de l'urticaire, de l'eczéma, de l'érythème polymorphe d'Hébra, de l'érysipèle, de la variole au début et de la dermatite exfoliatrice.

Ce qu'il y a de plus constant dans l'érythème mercuriel, c'est d'une part l'aspect scarlatiniforme, et d'autre part la présence de petites vésicules hémisphériques de volume égal, survenant rapidement sur le fond érythémateux et s'accompagnant d'atroces démangeaisons. Caractères qui peuvent, d'emblée, faire supposer la cause de l'éruption et auxquels M. le professeur Fournier accorde une grande valeur.

Morel-Lavallée (2) dans un travail récent a développé ces idées, et à côté de ses observations personnelles, signale les mémoires et observations de Alley (3), Bazin (4), Gaucherand (5), Besnier (6), Hallo-

peau (7), L. Wickham (8), Dupré (9).

Je rappelle, en dernier lieu, la rareté des accidents suppurés dans l'intoxication hydrargyrique, rareté que démontre la clinique et l'observation, le sang et la lymphe saturés de mercure constituant un mauvais milieu de culture.

(1) A. FOURNIER. Traitement de la syphilis. Rueff, Paris, 1893.

- (2) MOREL-LAVALLÉE. Éruptions pathogénétiques. Revue de Médecine, 1891.
- (3) ALLEY. Observations on the Pecuhar eruptive disease arising from the exhibition of mercury, London, 1804 et 1810.
- (4) BAZIN. Leçons sur les affections cutanées artificielles. Paris, 1862, p. 110 et 197.
- (5) GAUCHERAND. Éruptions outanées causées par l'administration interne du mercure. Paris, 1886.
  - (6) Besnier. Annales de Dermatologie, 1890.
  - (7) HALLOPEAU. Du mercure. Th. agrég., 1858.
- (8) L. WICKHAM. Dermite hydrargyrique consécutive à des frictions et à des bains de sublimé ordonnés comme traitement d'un pityriasis rosé de Gibert. Ann. de Dermatologie, nov. 1889.
  - (9) DUPRÉ. De l'hydrargyrisme. Th. Paris, 1884.

e

S

S

a

u

it

P

S

n-

ıt

c

e

e

11

e

e

e

#### Leucomélanodermie syphilitique.

Par le professeur A. FOURNIER.

Il se fait parfois au siège et au pourtour des syhilides une série de troubles curieux de la pigmentation cutanée. Ces troubles consistent tout à la fois et simultanément en une hyperchromie et une hypochromie qui se produisent non pas seulement sur l'aire même des syphilides et à leur suite, mais en dehors et dans une étendue souvent assez considérable, par exemple sur tout ou partie d'une région, telle que le cou, la région scapulaire, la région dorsale. En sorte que côte à côte et au voisinage les unes des autres, on observe des portions de peau décolorées, vitiligineuses, hypochromiées, et d'autres grisâtres, pigmentées, bistrées, plus ou moins fortement hyperchromiées.

La proportion est loin d'être toujours égale ou à peu près égale entre les unes et les autres. Quelquefois l'hypochromie est prépondérante et frappe l'œil presque seule, on a alors ce qu'on a appelé la leucodermie syphilitique. D'autres fois, inversement, la pigmentation est prédominante et attire surtout ou presque exclusivement l'attention; on a alors affaire à la mélanodermie syphilitique, dont l'affection dite syphilide pigmentaire du cou n'est qu'une variété, mais, à vrai dire, une variété toute particulière par sa circonscription usuelle et sa modalité éruptive en réseau, « en dentelle ». Mais d'autres fois aussi il y a une association à peu près égale entre les deux troubles opposés de pigmentation, en sorte qu'il est impossible de subordonner l'un à l'autre, en sorte qu'on est également forcé de tenir compte de l'un et de l'autre. C'est à ce dernier ordre de cas que me semblerait applicable la dénomination de leucomélanodermie syphilitique.

Deux femmes que nous avons dans le service de la clinique, actuellement, sont des exemples de ces curieuses altérations de la fonction chromatogène de la peau sous l'influence de la syphilis.

Toutes deux ont été affectées sur le cou et le dos de syphilides papulo-tuberculeuses circinées, d'une étendue assez considérable. Or, au point de vue qui nous occupe, voici ce que nous constatons;

I. — Notre première malade a été affectée d'une syphilide papulo-tuberculeuse de forme circinée, occupant les régions suivantes: front, régions parotidiennes et maxillaires, nuque, et partie supérieure du dos. Aujourd'hui, cette syphilide est effacée presque complètement. Mais presque toute la région de la face reste le siège d'un véritable vitiligo très fortement accentué; les téguments y sont absolument décolorés, pâles, d'un blanc mat, presque laiteux. Les régions péri-auriculaires, la nuque et toute la partie supérieure du dos sont devenues également vitiligineuses. Et, d'autre part, sur les confins detous ces districts décolorés s'est constituée une zone de téguments de teinte assombrie, grisâtre, plus ou moins fortement pigmentée. De sorte qu'au total la syphilide est devenue l'occasion d'une sorte de *leucomélanodermie*, dans laquelle, à vrai dire, la leucodermie forme la note largement prédominante.

Un autre placard vitiligineux s'observe encore sur l'un des avant-bras de la malade. Il paraît avoir succédé, là aussi, à un placard de syphilide, qui avait déjà disparu lors de l'entrée de la malade dans nos salles.

II. — La seconde malade que j'ai l'honneur de vous présenter est affectée d'une syphilide exactement semblable à celle de la première, mais

limitée à la nuque et à la partie supérieure du dos.

Or, sur elle aussi, vous voyez une vaste nappe pigmentaire qui s'est constituée au voisinage de l'éruption, mais surtout au-dessous et latéralement. Cette nappe se prolonge dans une étendue considérable bien au delà des limites de l'éruption, jusqu'à 10, 15 et 20 centimètres au delà. Elle offre une teinte grisâtre, gris noirâtre même en quelques points. En dehors d'elle, existent de nombreux îlots, soit isolés, soit agminés, qui figurent des sortes d'archipels pigmentaires. Au sein de ces taches pigmentaires apparaissent çà et là quelques taches blanchâtres, d'une étendue variable entre le diamètre d'une lentille et celui d'une pièce de 20 centimes. Cestaches blanches tranchent par leur teinte sur le fond grisâtre des téguments voisins: sont-elles vitiligineuses, ou bien n'empruntent-elles cette apparence qu'à un effet de contraste, d'opposition de couleur? Il est vraiment très difficile de se prononcer.

En tout cas, ce qui prédomine ici, c'est la pigmentation, la mélanodermie. Vous remarquerez que cette mélanodermie dépasse et de beaucoup la nappe éruptive latéralement et inférieurement. Elle descend très bas dans le dos et se prolonge sur les côtés du thorax. Il semble donc qu'il s'est produit là deux lésions distinctes : 1º une syphilide papulo-tuberculeuse circinée sur la nuque et la partie supérieure du dos ; 2º une syphilide pigmentaire (si tant est qu'on puisse donner ce nom à la lésion) sur les parties moyenne et latérale du dos. Cette mélanodermie ne fait pas qu'encadrer la syphilis papulo-tuberculeuse ; elle en déborde largement la zone périphérique et s'étale loin d'elle à une distance vraiment considérable. Je crois bien cependant qu'elle s'est produite à son propos et n'en constitue qu'un phénomène symptomatique, deutéropathique.

# Note sur un cas de maladie bulleuse à kystes épidermiques, développée dans le jeune âge.

Par CH.-E. QUINQUAUD.

Les affections dans lesquelles on voit se développer des kystes épidermiques, ne sont pas encore nombreuses; mais on peut dès aujourd'hui affirmer que ces lésions ne sauraient faire ranger ces maladies dans le même groupe. Nous connaissons les cas intéressants de M. Vidal, publiés dans les réunions cliniques de l'hôpital Saint-Louis

1888-1889, les faits cités par M. Er. Besnier et par M. Jacquet, une belle observation de M. Hallopeau, en 1890, à la Société de dermatologie; on y trouve des maladies différentes; les premiers cas ont été réunis par M. Brocq sous le nom de pemphigus à kystes épidermiques,

Il est néanmoins important de rassembler ces faits, surtout lorsqu'ils se rapportent à des affections bulleuses.

Voici une observation qui présente des analogies et des différences avec les exemples cités plus haut :

Observation recueillie par M. Sée, interne du service.

La nommée Aline C..., âgée de 7 ans, est observée par nous depuis le mois de novembre 1892; elle n'a jamais été atteinte d'affections cutanées graves, elle a eu deux frères, l'un existe encore et n'a pas de maladie de la peau; l'autre est mort à l'âge de 18 mois.

Cette petite fille a eu de l'eczéma impétigineux vers l'âge de 2 ans; avant cette période elle n'avait rien éprouvé; notons une rougeole à 6 ans, elle est très impressionnable, et pour montrer sa vivacité, on l'exprime en disant qu'elle est comme une poudre.

Son affection actuelle a débuté par une éruption bulleuse, vers le mois de juin 1892 au milieu d'une santé parfaite, sans sièvre, sans insomnie, sans prurit et sans angine; les bulles de la grosseur d'un petit pois se sont montrées près de la commissure droite de la bouche, sur la partie cutanée, on a constaté une adénopathie sous-maxillaire et cervicale, indolore; les bulles ont disparu rapidement.

Le lendemain, après la première apparition bulleuse, on vit se développer d'autres bulles sur les régions fessières; le volume de certaines bulles égalait celui d'un œuf; au même moment nouvelle éruption de bulles au niveau des coudes et des genoux; ces bulles persistaient 6 à 8 jours; elles renfermaient d'abord de la sérosité, puis devenaient purulentes; parfois elles se montraient purulentes d'emblée ou sanguinolentes; beaucoup de bulles se montraient d'emblée sur la peau sans zone érythémateuse, quelquesunes avec une auréole rouge; la plupart disparaissaient en une huitaine de jours sans laisser de cicatrices. Au contraire quelques bulles qui suppuraient ont présenté une cicatricule après leur disparition.

Ultérieurement tous les jours se montraient de nouvelles bulles présentant la même évolution.

Toutes les régions du corps ont été successivement le siège de l'éruption; les régions dorsales et palmaires des mains, les faces plantaires des pieds ont été envahies en dernier lieu; les bulles y existaient fort volumineuses; le cuir chevelu a été envahi, mais les bulles y étaient discrètes et ne déterminaient pas d'alopécie.

Les muqueuses elles-mêmes n'ont pas été tout à fait indemnes ; toutefois on a constaté de rares lésions sur la langue, et jamais sur les autres points de la muqueuse buccale. La conjonctive et les paupières ont toujours été respectées ; il en a été de même des narines et de la muqueuse pituitaire.

17 novembre 1892. Il existe encore des bulles discrètes sur les mains;

sur le tronc et sur les membres inférieurs, on voit de nombreuses bulles avec des croûtelles peu épaisses présentant une zone érythémateuse.

Sur le front, au menton, sur la face dorsale des mains et des pieds, sur le tiers inférieur de l'avant-bras, à la nuque, on aperçoit des altérations spéciales : ce sont des points blancs, les uns saillants, d'autres non saillants, de la grosseur d'une tête d'épingle et qui sont tantôt discrets, tantôt groupés, ils ressemblent à de petites vésicules, mais la piqure d'aiguille ne détermine l'issue d'aucun liquide; ils sont plutôt analogues à des grains de milium, on peut les énucléer, et après l'énucléation, on distingue une dépression.

ne

S-

es

es

la

s;

en

is

ns

nt

e,

es

er

ait

es

n-

se

ne

p-

n-

n;

ne

es

ıi-

8;

Sur des coupes fines faites par M. Nicolle, j'ai constaté que les kystes épidermiques siègent dans la région superficielle; au niveau de certains kystes les papilles ont disparu; on aperçoit des faisceaux de tissu conjonctif qui séparent l'épiderme du kyste. Les parois des kystes sont constitués par de l'épiderme avec tous ses caractères ; la cavité est remplie de cellules cornées. Sur plusieurs kystes, on voit bien quelques prolongements épidermiques ; mais il est bien difficile de conclure d'après nos préparations qu'il y a une relation avec l'appareil sudoripare; de nouveaux examens sont nécessaires pour élucider complètement cette question. Nous trouvons dans ce cas les caractères décrits par M. Darier dans l'observation intéressante de M. Hallopeau.

L'activité nutritive, mesurée par l'analyse de la respiration, du sang et des excrétions, est diminuée; il existe de l'hypoglobulie - le sérum est un peu plus toxique qu'à l'état normal - et l'urine est hypotoxique.

Au mois de mars, les anciennes bulles ont disparu; en février, commencèrent à apparaître des plaques rouges, se formant et disparaissant en 3 à 7 jours, légèrement prurigineuses, de la grandeur d'une lentille, avec état phlycténuleux affaissé. En mars, apparition d'hyperidrose palmaire et plantaire. Pas de fièvre, sommeil assez bon; les kystes diminuent de nombre; mais de temps à autre apparition de quelques bulles.

Traitement : bains de sublimé, nettoyage de la peau dans le bain avec la ouate hydrophile; lotions avec une solution suturée d'acide borique, phosphate de soude et salophène (20 centigr. par jour), lotions phéniquées, jus de citron et crucifères ; antisepsie intestinale ; à plusieus reprises il est survenu de la septicémie intestinale avec évacuations très fétides.

Il s'est développé une pigmentation anormale sur divers points du corps.

En résumé, une maladie bulleuse chronique se manifeste à l'âge de sept ans, chez une jeune fille un peu chétive, maigre, très impressionnable, sujette à des malaises, cette affection est caractérisée par des bulles aprurigineuses ou à peine prurigineuses, avec ou sans auréole inflammatoire, ne laissant pas en général de cicatrices, mais on constate l'apparition de nombreux kystes épidermiques sous la forme de grains de millet avec maximum de développement au cou et aux extrémités. L'activité nutritive est affaiblie, bien que l'état général reste à peu près satisfaisant ; le sérum est plus toxique que normalement, il y a de l'hypoglobulie ; en un mot nous trouvons là un ensemble de caractères assez particuliers pour en faire une variété spéciale de maladie bulleuse.

M. Hallopeau. — Ces éruptions bulleuses avec production de kystes épidermiques et cicatrices diffèrent de toutes les autres variétés de pemphigus. Il faut signaler, en particulier, comme différence capitale l'intégrité persistante de la santé générale, fait qui ne s'observe dans aucun autre pemphigus, il y a là un type clinique distinct, une maladie nouvelle dont les caractères essentiels ont pu être déterminés.

M. E. Besner. — Il existe une forme de dermatite bulleuse infantile, — à laquelle on n'a pas encore attribué un nom satisfaisant — qui s'accompagne de la production remarquable de kystes épidermiques, tel le cas de M. Quinquaud. Mais les kystes épidermiques en eux-mêmes n'appartiennent pas exclusivement à cette forme de dermatite bulleuse infantile. S'il est vrai que cette coexistence des kystes et des bulles se trouve dans cette forme particulière d'affection, il faut ajouter qu'on peut également la rencontrer dans des affections toutes différentes; ce n'est pas en un mot, un phénomène caractéristique.

Sur une variété herpétiforme grave de pemphigus chronique avec lichénification, production de cicatrices et troubles persistants de l'intelligence.

Par H. HALLOPEAU et L. BRODIER.

Malgré les nombreux travaux dont elles ont été l'objet dans ces dernières années en France, et à l'étranger, les dermatites bulleuses ne sont encore qu'incomplètement connues et classées; aussi nous paraîtil utile de publier les faits nouveaux qui s'éloignent par certains caractères des descriptions classiques. Il en est ainsi en ce qui concerne la malade que nous avons l'honneur de présenter aujourd'hui.

La nommée Laf..., âgée de 53 ans, concierge, est entrée le 20 mars 1892, salle Lugol, nº 3.

Rien à signaler dans les antécédents héréditaires.

La malade a eu, dit-elle, il y a cinq ans, à l'époque de sa ménopause un rhumatisme articulaire aigu qui a duré trois mois. Le 15 janvier dernier, elle a contracté une bronchite pour laquelle on lui a appliqué des vésicatoires sur le thorax. La maladie actuelle a débuté dans les premiers jours du mois de février, huit jours après une violente émotion. Les premières bulles se sont manifestées sur la face dorsale du poignet droit; il s'en produisit d'autres les jours suivants sur les bras, aux mollets et aux cous-de-pied. L'apparition des premières bulles fut accompagnée de lésions semblables sur le palais. Le Dr Charpentier ordonna de la teinture de colchique et un gramme de bromure de potassium par jour. Depuis huit jours, une éruption de grosses bulles s'est produite sur le tronc.

La malade est d'une vigoureuse constitution.

État actuel. - L'éruption occupe toute la surface du corps ; elle est moins abondante à la face et sur les jambes que sur les cuisses et les membres supérieurs; elle n'intéresse, à la face, que le menton, la partie inférieure des joues et les narines. La face palmaire des mains est indemne. On observe, disséminées sur les parties atteintes, des bulles à différents degrés d'évolution; elles sont isolées, sauf au niveau du menton où elles sont confluentes. Leur volume varie de celui d'un grain de chènevis à celui d'un œuf de poule. Le contenu d'un grand nombre d'entre elles est citrin; d'autres renferment un liquide séro-purulent; d'autres sont hémorrhagiques; ces dernières sont surtout nombreuses sur les cuisses. Quelques bulles sont affaissées; d'autres ne sont plus représentées que par des croûtes. La peau est en outre le siège de colorations érythémateuses en nappes; leur aspect rappelle en certains points celui de l'urticaire; il y a de la rougeur et de la tuméfaction autour des bulles; cependant quelques unes d'entre elles sont entourées d'une zone de couleur normale.

Presque tout le dos est occupé par de grandes nappes érythémateuses; l'une d'elles s'étend depuis l'épine de l'omoplate gauche jusqu'à la crête iliaque du même côté. A la région lombaire, une large bulle ayant 5 centim. sur 4 s'est ouverte et le tissu sous-jacent paraît sphacélé dans une étendue de 2 centimètres environ. Il existe dans la même région d'autres soulèvements bulleux. Sur les épaules, l'érythème forme des taches légèrement saillantes; quelques-unes de ces taches ont une forme circulaire.

On constate une plaque érythémateuse sur la partie latérale droite de la voûte palatine.

La malade accuse un prurit très intense, mais elle résiste au besoin de se gratter; il n'y a ni adénopathie, ni œdème, ni dystrophies unguéales.

La fièvre est vive; la température s'élève à 40°,3 le soir de l'entrée; le pouls est 100; la langue est saburrale; l'inappétence est complète; il y a un peu d'albumine dans l'urine; le cœur est intact; on entend des râles de bronchite à la base des deux poumons. Les autres viscères paraissent indemnes.

On prescrit l'application sur les parties malades de liniment oléo-calcaire boriqué, et, à l'intérieur, l'antipyrine à la dose de 4 grammes.

25 mars. De nouvelles bulles se produisent chaque jour; le contenu d'un grand nombre d'entre elles, surtout aux membres inférieurs, devient hémorrhagique. Elle reposent pour la plupart sur les taches érythémateuses; quelques-unes se développent sur la peau saine; on observe au niveau de la ceinture, ainsi que sur les membres, de vastes placards érvthémateux, indépendants des bulles et d'apparence ortiée ; l'éruption est donc polymorphe.

Même état général ; la température oscille autour de 39°.

Le 26. On note l'apparition de 4 bulles sanguinolentes sur la face muqueuse de la lèvre inférieure.

Le 28. De nouvelles bulles continuent à se produire sur tout le corps et sur la muqueuse buccale; la fièvre persiste ainsi que l'albuminurie.

Sur les fesses, des bulles énormes laissent une surface excoriée dans une

étendue de 20 centim. verticalement sur 10 centim. transversalement.

On constate toujours des taches érythémateuses isolées ou groupées en nappes à contours polycycliques, et de dimensions très variables; une d'entre elles occupe la plus grande partie de la cuisse droite; certaines ont un rebord saillant qui rappelle l'aspect des plaques ortiées.

On trouve tous les intermédiaires entre les bulles récentes à contenu citrin ou hémorrhagique et les bulles anciennes à contenu louche; quelques-unes de ces bulles ne sont plus représentées que par une simple exfoliation épidermique reposant sur une surface exulcérée, d'autres par des croûtelles relativement minces, jaunâtres ou brunâtres, noires dans les points où il y a eu hémorrhagie. On note tuméfaction considérable des pieds. Il ne se produit plus de bulles sur les lèvres. Le prurit est moins intense; la température oscille autour de 38°. Rétention d'urine pendant quelques jours.

L'antipyrine est remplacée par le salicylate de soude à la dose de 4 grammes.

2 avril. Même état général et local. Il s'est produit des eschares fessières qui s'étendent. Un grand nombres de bulles laissent à leur suite des macules arrondies, de couleur violacée, ne disparaissant pas sous la pression du doigt, et entourées d'une mince collerette de desquamation. Temp. 38°,2 le matin; 39°,2 le soir. Toux fréquente; dyspnée; râles crépitants fins à la partie inférieure des poumons. Sulfate de quinine, 0,50.

L'intelligence s'est troublée; la malade se lamente incessamment en prononçant des mots dépourvus de sens; elle trouble le repos de la salle,

Le 19. L'éruption se modifie un peu; les bulles sont moins nombreuses et moins volumineuses. Les bulles récentes ont un contenu citrin; les bulles anciennes affaissées sont hémorrhagiques et laissent à leur suite des taches ecchymotiques; celles-ci forment à la partie supérieure et antérieure du thorax un vaste placard polycyclique.

Il se fait une desquamation en larges lambeaux du dos des mains; l'extrémité antérieure de la langue est excoriée.

Les eschares fessières s'étendent. Œdème des extrémités inférieures. Une collection purulente du volume d'un œuf s'est formée à la région occipitale. Temp. 37°,8 M.; langue sèche, anorexie; affaiblissement progressif.

Les jours suivants, il se développe un nouvel abcès dans la région olécrânienne gauche. De nouvelles bulles se produisent sans cesse; quelques-unes s'affaissent sans se rompre; l'épiderme est soulevé par un exsudat séro-purulent qui ne tarde pas à se mélanger de points hémorrhagiques; on observe tous les intermédiaires entre cet exsudat et les grands placards hémorrhagiques qui occupent la moitié des bras et des avant-bras.

Le 26. Même état; mais aux membres supérieurs, la peau est épaissie au niveau de plusieurs des macules; ses plis sont exagérés, ce qui lui donne un aspect lichénoïde; elle se recouvre de squames argentées comme on en observe dans le psoriasis.

La malade très agitée se gratte actuellement sans cesse.

La divagation et les cris incessants de la malade sont tels qu'elle doit être transférée dans une chambre d'isolement.

m

d

n

3 mai. Elle s'affaiblit de plus en plus; de nouveaux abcès se sont formés sur le cuir chevelu; les bulles continuent à se produire, surtout aux membres inférieurs, et avec les mêmes caractères.

Aux membres supérieurs, de petites bulles se développent, le plus souvent à la périphérie des plaques notées précédemment. La lunule de l'ongle est affaissée et séparée des autres parties par un rebord saillant; elle est en même temps striée transversalement.

Même érythème ortié. Prurit très intense.

Le 19. Sur la partie antérieure du thorax, on observe des macules d'un brun foncé qui représentent les vestiges des éruptions antérieures. Quelques-unes de ces macules sont déprimées et ont les caractères de *cica*-

trices superficielles.

Sur l'abdomen, 10 à 12 macules ont ce même aspect cicatriciel et on peut y percevoir par la palpation un léger degré d'induration; les parties décolorées qu'on trouve au centre de ces macules sont déprimées sur les unes, légèrement saillantes sur les autres. En dehors de ces plaques, la peau de l'abdomen est absolument lisse et contraste avec l'aspect lichénoïde de celle des membres supérieurs. Les ongles ne sont plus kératinisés dans la partie nouvellement formée au-dessus de la lunule.

Sur les membres inférieurs, les bulles ont laissé de vastes placàrds pigmentés dont quelques-uns aussi, à la partie supérieure des cuisses, ont

un aspect nettement cicatriciel.

Sur la région sacrée, la chute des eschares a mis à nu le derme sur une très grande étendue.

L'éruption continue; les nouvelles bulles se produisent surtout aux membres inférieurs. Prurit toujours intense.

L'œdème des membres inférieurs persiste, L'agitation reste très marquée.

Le 26. Tous les ongles sont malades; la kératinisation fait défaut au niveau de la lunule et l'ongle est décollé dans ses trois quarts supérieurs. L'ongle du gros orteil gauche est tombé; les autres sont striés transversalement et tendent à tomber.

L'éruption bulleuse se poursuit. La malade se gratte continuellement et l'état lichénoïde des téguments s'accentue.

L'agitation persiste. La congestion pulmonaire a disparu. Les plaies consécutives aux eschares fessières sont en voie d'amélioration. L'œdème des monbres inférieurs auxmente.

des membres inférieurs augmente.

Le 31. Un soulèvement bulleux énorme s'est fait à la partie supérieure de la jambe droite; son contenu est citrin, ses dimensions sont de 23 cent. transversalement et 20 cent. verticalement. 4 centim. cubes de ce liquide recueilli aseptiquement sont injectés dans le péritoine et 1 cent. cube sous la peau du ventre d'un cobaye; celui-ci est encore bien portant 7 jours après l'inoculation.

7 juin. L'état de la malade s'améliore; l'excitation cérébrale a notablement diminué depuis 3 jours; l'appétit renaît; les eschares fessières, cicatrisées en partie, mesurent, celles de la fesse gauche 10 cent. sur 5,

celle de la fesse droite 8 cent. sur 2.

Sur le tronc, on ne constate pas de nouveaux éléments éruptifs, mais

seulement des macules brunâtres, très foncées, parsemées d'îlots décolorés, légèrement déprimés, d'aspect cicatriciel, et de taches hémorrhagiques en voie de régression. Sur les membres inférieurs, l'éruption bulleuse continue; l'épiderme est encore soulevé au niveau de la vaste bulle signalée ces jours derniers sur la jambe droite; il existe des bulles récentes sur la partie antérieure de cette jambe ainsi qu'à la partie interne de la cuisse droite. La plante des pieds desquame en lambeaux très larges et très épais comme dans la scarlatine. Sur les membres supérieurs, l'aspect des téguments est presque partout celui qu'ils présentent dans le lichen simplex; on y constate en effet un épaississement de la peau avec exagération de ses plis, une fine desquamation très adhérente, et des papules saillantes, lenticulaires, également couvertes de squames; quelques papules sont recouvertes de croûtelles.

La langue est humide et rosée ; la muqueuse buccale reste intacte. L'œdème des membres inférieurs est un peu moins prononcé.

Tous les viscères sont normaux; les urines ne renferment plus d'albumine.

Parmi les particularités dignes d'intérêt qu'offre l'histoire de cette malade, nous mentionnerons: A. L'extrême gravité des accidents généraux et la persistance de la fièvre; B. Les troubles de l'intelligence; C. La formation d'abcès sous-cutanés multiples; D. La production, sous l'influence du grattage, d'une lichénification des membres supérieurs; E. La production de cicatrices à la suite de l'éruption bulleuse.

A. L'état de cette malade a été pendant plusieurs mois d'une extrême gravité: l'élévation de la température persistant à des degrés variables pendant plus de 60 jours, la production d'énormes eschares au sacrum, la congestion intense qu'ont présentée les poumons, la sécheresse de la langue, l'incontinence de l'urine et des fèces, l'extrême prostration des forces, ne peuvent permettre d'en douter. La terminaison a paru longtemps devoir être fatale dans un bref délai; il s'est produit, à cet égard, dans ces derniers temps, une très notable amélioration. Malgré la persistance des éruptions bulleuses, les forces se relèvent, les ulcérations consécutives aux eschares se cicatrisent, l'appétit renaît, les signes de congestion pulmonaire ont disparu et le délire est beaucoup moins intense.

B. — Le délire a été remarquable par sa longue durée, par son degré d'intensité, par sa persistance après la chute de la fièvre. On peut l'expliquer par l'anémie cérébrale ou par les troubles qu'ont pu apporter dans la nutrition des cellules cérébrales les déperditions organiques dues à la fièvre et aux éruptions bulleuses.

C. Les abcès sous-cutanés volumineux et multiples qui se sont développés en différents points n'appartiennent pas au tableau classique des dermatites bulleuses. Ils ont été provoqués, selon toute vraisemblance, par la pénétration dans le tissu sous-dermique de microbes pyogènes qui ont envahi le contenu des bulles. D. La lichénification des membres supérieurs est un fait des plus remarquables et exceptionnel; elle s'est manifestement produite sous l'influence des grattages violents et répétés auxquels s'est livrée la malade. Elle est également étrangère au tableau classique de la maladie; M. Brocq ne l'y a notée que fort rarement. Elle vient four-nir un éclatant témoignage en faveur de l'interprétation nouvelle qu'à donnée notre collègue de cette altération cutanée: on ne doit la considérer que comme un syndrome lié au grattage,

E. — La production de cicatrices est encore un fait exceptionnel dans l'histoire de ces dermatites bulleuses. Suivant M. Brocq, on ne les observe pour ainsi dire jamais dans la dermatite herpétiforme.

On peut en expliquer la production par l'intensité des suppurations

consécutives aux éruptions bulleuses.

Cette dermatose rentre donc par le polymorphisme de l'éruption, l'intensité du prurit et la durée de la maladie dans le cadre des dermatites herpétiformes; elle en diffère par la gravité des phénomènes généraux; d'autre part, l'un de nous a montré antérieurement que le pemphigus foliacé peut se manifester à la suite d'éruptions de cette nature. C'est pour cette raison que nous appliquons à notre fait la dénomination de variété herpétiforme grave de pemphigus chronique.

M. L. Brocq. — Je n'ai pas vu encore de lichénifications semblables à celles-ci. Il y a ici lichénification torpide, contrairement à ce qu'on voit d'ordinaire dans la dermatite herpétiforme où la lichénification est d'aspect inflammatoire.

En ce qui concerne les faits de passage entre la dermatite herpétiforme, le pemphigus foliacé et l'érythème polymorphe, je ne les méconnais pas, tant s'en faut, et je les ai étudiés avec soin; ils établissent une chaîne continue absolument insensible entre ces diverses dermatoses.

Il n'en est pas moins vrai que pour la description on est bien obligé de choisir et de délimiter arbitrairement des types à *limites précises*, sans quoi l'on arrive à la confusion.

- M. Hallopeau. Ces faits de passage impliquent, pour moi, identité de nature.
- M. A. FOURNIER. A-t-on cherché ici la toxicité du sérum, et celle des urines? Car il s'agit bien évidemment d'une intoxication interne.
- M. HALLOPEAU. Nous nous sommes bornés à inoculer le sérum contenu dans les bulles, sans résultat d'ailleurs.

# Sur une corne unguéale.

Par H. HALLOPEAU.

Si l'on se rapporte aux descriptions des auteurs qui ont le mieux étudié les cornes unguéales, MM. Le Dentu, Kelsch et Humbert, on peut voir qu'îl en existe deux espèces différentes : dans l'une, il s'agit d'une simple hypertrophie de l'organe, il est accru dans toutes ses dimensions, et particulièrement en longueur, il s'incurve régulièrement en segment de cercle, c'est une onychogryphose; dans l'autre, l'ongle est remplacé par une production cornée qui se détache verticalement de sa matrice comme le font les cornes cutanées et s'élève en spirale; il en est ainsi chez la malade que nous avons l'honneur de présenter et dont l'histoire, à cet égard, peut être résumée ainsi qu'il suit :

La nommée B..., âgée de 61 ans, couchée au nº 11 de la salle Lugol, assure que la production cornée qui représente l'ongle de son gros orteil gauche, n'a commencé à se développer qu'il y a dix ans, sans cause appréciable. A deux reprises, depuis sa formation, elle s'est brisée pour s'accroître ensuite de nouveau. Elle mesure actuellement 7 centim. de longueur, sur 1 centim. de diamètre. Elle est contournée en spirale; sa surface, de couleur noire, striée longitudinalement et transversalement, est hérissée de petites saillies qui la rendent rugueuse et la font ressembler à l'écorce d'un arbre, sauf à son extrémité qui est au contraire arrondie, lisse, brillante et polie comme de l'ivoire. Elle s'élargit à sa base qui s'insère sur toute l'étendue de la matrice de l'ongle; elle représente en toute évidence la couche cornée de cet organe; elle repose sur une couche de tissu incomplètement kératinisé; le repli sus-unguéal est épaissi et renversé en dehors.

Cette corne contraint la malade à ne porter que des chaussures disposées ad hoc, elle occasionne ainsi une gêne considérable. Le musée de Saint-Louis contient les moulages de deux productions analogues, dues à MM. Trélat et Vidal.

#### Elephantiasis nostras.

Par MM. le professeur FOURNIER et H. MENDEL, interne des hôpitaux.

Nous avons l'honneur de présenter à la Société une femme de 59 ans atteinte d'éléphantiasis des jambes. L'obésité est héréditaire dans sa famille : sa mère est morte à l'âge de 82 ans ; elle avait été obèse. Sa tante maternelle,morte à 74 ans,avait été plus forte encore et aurait présenté un éléphantiasis des jambes analogue à celui-ci.

la

q

el

b

el

n

si

af

le

n

re

n

pe

ef

lie

el

ď

pl

86

di

le

la

qu ui

56

Se Co

éį

Notre malade a eu à l'âge de 30 ans une attaque de rhumatisme articulaire aigu, qui l'a tenue au lit pendant un mois. C'est la seule maladie gn'elle ait jamais faite; elle a eu neuf enfants.

Elle était d'une corpulence moyenne jusqu'à l'âge de 35 ans ; à ce moment, elle a commencé à engraisser, et progressivement elle est arrivée au degré

d'obésité qu'elle présente aujourd'hui.

Les jambes ne sont aussi énormes que depuis une dizaine d'années; auparavant, elles n'augmentaient de volume qu'après une station debout prolongée et revenaient à l'état normal par le repos au lit. Ce détail semblerait se rapporter à de la varicose, mais la malade dit ne jamais avoir eu de varices. Peu à peu, cette tuméfaction intermittente devint permanente et l'éléphantiasis s'établit.

Pendant cet espace de temps, qui marque la genèse de cet éléphantiasis, nous ne pouvons découvrir aucun « accès éléphantiaque », ni aucune atteinte d'érysipèle, ni aucune poussée lymphangitique. Le début a donc été lent et insidieux, on peut le rapporter à 1883. Il faut arriver à 1890 pour noterune affection locale des jambes. A cette époque, la malade avait appliqué sur les parties éléphantiasiques quelques cataplasmes qui ramollirent la peau : une ulcération se forma à chaque jambe et laissa écouler le même jour, de chaque côté, deux à trois litres d'un liquide clair, aqueux, ne tachant pas le linge. Les ulcérations mirent à se cicatriser 3 semaines pour la jambe droite, 5 semaines pour la jambe gauche ; de ce côté, en effet, l'ulcération s'était accusée davantage et avait pris un aspect sphacélique. Tout rentra dans l'ordre et la malade put reprendre ses occupations; elle marchait normalement.

Le 1er mai 1893, nouvelle atteinte, analogue à la première. A la suite d'une légère éraflure d'épingle, à la face interne de la jambe droite, il s'établit une nouvelle lymphorrhée de 2 à 3 litres. Le lendemain, même phénomène à gauche. La jambe de ce côté laissait écouler le liquide par un trou imperceptible de la face antérieure. Tandis qu'à droite l'orifice de sortie du liquide se fermait simplement, à gauche, au contraire, il s'agrandissait et arrivait bientôt à former une solution de continuité large comme la paume de la main, profonde, à fond et à bords grisâtres, laissant écouler un pus mal lié, sanieux et fétide. Au-dessus de cette plaie gangréneuse se formait une phlyctène noirâtre, grosse comme une petite orange, dont la cavité communiquait avec la plaie principale.

Nous incisâmes la phlyctène, et, après drainage et pansement antiseptique, tout rentra dans l'ordre. Aujourd'hui, la jambe est encore occupée par une rougeur lymphangitique; à la face interne on note un petit orifice,

occupé par des bourgeons de bonne nature.

Les deux jambes sont énormes: elles mesurent 53 cent. de tour à droite, 56 à gauche. La peau, le tissu cellulaire sous-cutané, les parties molles semblent ne faire qu'un tout. La peau est cependant assez souple; elle a conservé son grain, et une couleur à peu près normale. Elle est très épaissie, mais ne présente pas de bosselure. On ne note aucune altération de la sensibilité. On observe un sillon considérable entre la jambe et le pied: les tissus de la jambe retombent en « pantalon de zouave » sur l'articulation tibio-tarsienne.

Ces lésions n'entravent nullement la marche.

Les cuisses sont fort grosses : elles mesurent 64 cent. de tour pour la droite et 70 cent. à gauche; les bras sont énormes également, mais il y a entre ces régions et les jambes des différences appréciables, la peau y étant normale, non épaissie et l'obésité n'y devenant pas pathologique. Pas d'engorgement ganglionnaire. Les seins et les organes génitaux sont de dimensions ordinaires. L'état général de notre malade est normal.

Nous nous sommes demandé quelles causes pouvaient avoir amené cette maladie assez rare sous nos climats. Le sang de notre malade, pris la nuit, ne contient pas la filaire. Cette femme n'a jamais habité que les départements de Seine et de Seine-et-Marne : elle a toujours été dans une situation satisfaisante et n'a jamais été exposée aux privations. Les couches ont toujours été normales ; elle n'a pas de maladie abdominale. L'éléphantiasis ne nous paraît donc avoir été amené ici par aucune cause générale ou locale.

Peut-être l'hérédité joue-t-elle un rôle dans ce cas particulier.

Reste l'hypothèse de la présence du streptocoque, présence démontrée récemment dans des cas analogues par M. Sabouraud.

Nous n'avons pas cru pouvoir faire de recherche microbiennne sérieuse dans le foyer gangréneux que présentait notre malade pendant son séjour dans notre service. Nous nous proposons de faire ces recherches ultérieurement, à la moindre poussée lymphangitique qu'elle présentera.

M. Zambaco. — L'été dernier, étant à Brest, j'ai vu, à l'hôpital naval, un jeune conscrit breton qui n'avait jamais voyagé et dont une jambe, démesurément volumineuse, était atteinte de l'éléphantiase des Arabes. Il allait être réformé.

Mes honorables confrères de la marine, professeurs à l'École de Brest, qui avaient eu l'occasion d'étudier la maladie dans les colonies, n'ont pas hésité à poser le diagnostic.

Néanmoins, les recherches les plus minutieuses entreprises dans la nuit n'ont pu découvrir la filaire, bien que l'examen du sang ait été pratiqué par des médecins qui possédaient l'habileté voulue, puisqu'ils l'avaient constatée déjà chez des éléphantiasiques dans les colonies.

- M. E. Besnier. L'éléphantiasis peut être dû à des causes très multiples; même dans des éléphantiasis absolument analogues cliniquement à celui que produit la filaire, on n'a jamais, en France, constaté ce parasite.
- M. J. Darier. Je l'ai cherchée plusieurs fois sans succès ; mais, indépendamment des éléphantiasis de cette origine, il en est qui sont d'origine phlébitique ou lymphangitique.

pr

pè

m

pı

CI

# Sclérodermie avec sclérodactylie.

#### Par MM. ZAMBACO et BÉRILLON.

Aujourd'hui, Messieurs, nous devions, le D' Bérillon et moi, vous présenter une malade d'Auxerre atteinte d'une sclérodermie et d'une sclérodactylie très remarquable. Malheureusement cette dame nous a fait faux bond et je ne puis vous montrer que ses photographies; j'espère que mon honorable confrère, le D' Bérillon, la décidera à venir à votre prochaine séance.

La maladie a débuté il y a plus de dix ans. Mais les troubles circulatoires avaient précédé ce début quinze ans auparavant. C'était tantôt l'asphyxie et tantôt la syncope des doigts se succédant, durant une heure et revenant plusieurs fois par semaine; des gerçures et des

crevasses aussi apparaissaient de temps en temps.

En 1884, il survint une petite ulcération à l'indicateur droit, qui s'étendit et dura plusieurs années ; l'ongle s'est déformé consécutivement. En 1886, une ulcération semblable se manifesta sur l'auriculaire gauche et envahit tout le doigt qui s'est désorganisé ; il fut amputé par le D<sup>r</sup> Perrier.

Peu après, l'annulaire gauche s'est déformé, sans ulcération, mais

uniquement par résorption de la dernière phalange.

En 1890, l'auriculaire droit fut envahi par un ulcère qui marcha vers la profondeur et fut suivi de l'élimination de la phalangette.

Les douleurs ont été très intenses cette fois-ci. Les D' Verneuil et

Péan consultés n'ont pas posé de diagnostic.

Bref, tous les doigts ont passé par les mêmes phases, de sorte que actuellement tous sont plus ou moins atrophiés excepté les pouces.

La bouche est un peu rétrécie et les lèvres indurées légèrement. Le cinquième orteil gauche s'est rapetissé par résorption et son ongle est tombé. Le gros orteil gauche présente aussi une ulcération qui creusa et dénuda la phalangette il y a 4 ans.

La phalangine du second orteil atteinte de la même manière fut éliminée et peu après il survint un mal perforant sous la tête du 5 métatarsien. Un autre mal perforant a paru sous le talon, il a duré

9 mois.

On voit chez cette malade sur chaque genou un placard de psoriasis sur un fond jaune pigmentaire qui descend jusqu'au milieu des tibias; mêmes lésions sur les coudes. La sensibilité est émoussée symétriquement des deux côtés sur une surface de 3 centimètres environ au-dessus des olécrânes.

A l'avant-bras droit le tact est diminué partout et la transmission retardée.

A gauche on constate la mème chose, mais sur le côté interne de l'avant-bras. Les parties postérieures et externes des bras ne sentent pas la piqûre et l'antérieure à peine. Le contact de l'eau froide est désagréable à la malade. Dans certaines parties des membres le sens thermique est presque aboli.

Je présente cette malade sclérodermique comme se rapprochant beaucoup de certains lépreux à forme mutilante et je la considère

comme faisant la transition de la sclérodermie à la lèpre.

Je ne fais que mentionner cette gradation pour le moment, me réservant d'y revenir bientôt avec détails.

# Du décollement de la rétine syphilitique et de son traitement.

Par le Dr GALEZOWSKI

Les altérations syphilitiques du fond de l'œil acquièrent rarement les caractères d'ophtalmies séreuses. Les choroïdes glaucomateuses, comme celles que j'avais signalées au dernier congrès d'ophtalmologie de Paris, constituent une exception; cela tient ordinairement à la nature des lésions des parois vasculaires, et à l'exsudation qui en résulte.

Il en est de même du décollement rétinien qui est généralement le résultat d'un exsudat séreux, liquide, peu coagulable et occasionné de préférence par une altération athéromateuse des vaisseaux choroïdiens.

Des lésions athéromateuses des parois des vaisseaux ne se rencontrent pourtant pas souvent dans la syphilis; elles peuvent se présenter conjointement avec d'autres lésions comme une simple complication, surtout si la syphilis survient chez un individu goutteux ou arthritique. L'iritis séreuse avec une kératite ponctuée en est un exemple.

Mais ces symptômes ne sont que de courte durée, limités à quelques vaisseaux isolés de la membrane vasculaire, pendant que les autres subissent une inflammation de nature pyogène; c'est pourquoi nous voyons les épanchements séreux s'arrêter et laisser la place à d'autres qui sont propres à la syphilis; ils envahissent successivement tous les tissus qui se trouvent dans le trajet et les imprègnent plus ou moins selon le degré du mal. Ces exsudats plastiques donnent lieu à des adhérences des tissus, tel que l'iris avec la capsule, ou la choroïde avec la rétine, d'où les synéchies postérieures, si caractéristiques, dans les iritis syphilitiques. Ces adhérences, pourquoi se produisentelles? Quelle est leur cause, et pourquoi ne les voit-on jamais ou presque pas dans les iritis séreuses? Pourquoi une irido-choroïdite séreuse, glaucomateuse n'amène-t-elle pas d'adhérence malgré que l'iris est enflammé, et que la composition de l'humeur acqueuse est vicieuse, et contient des exsudats?

Cela tient à ce que la sécrétion morbide est de nature séreuse, et ne contient pas d'éléments plastiques.

La même chose a lieu dans les choroïdites séreuses, leur exsudat est diffluent, mais ne contient pas de globules pyogènes, ni d'éléments fibrineux. La choroïde peut sécréter un liquide aqueux en grande quantité, soulever et décoller la rétine, sans amener une adhérence, entre l'une et l'autre membrane.

Il n'en est pas de même dans les affections syphilitiques de la choroïde; l'exsudat possède toujours des caractères plastiques, qui amènent des adhérences avec tous les tissus voisins, les désorganise peu à peu, et donne naissance, à la longue, à des membranes de nouvelle formation qui envahissent tout espace libre, et le désorganise

peu à peu.

e

e

r

9.

ıs

28

38

le

s,

u

te

st

Tel est le tableau de la choroïdite exsudative et plastique provoquée par la syphilis. Elle débute, comme je viens de le démontrer dans mon travail lu à l'Académie de médecine, vers l'ora serrata, et gagne successivement les membranes voisines, pour amener des rétinites, des hyalites, des névrites, des iritis, etc. Ces exsudats ne sont pas tout à fait homogènes: par places, ils deviennent plus liquides, que cette liquéfaction soit la conséquence d'une constitution générale du malade, rhumatismale, goutteuse ou autre, ou qu'elle provienne d'une altération spéciale des parois vasculaires. Une sécrétion liquide apparaissant sous l'influence de la syphilis, dans la choroïde, s'amasse habituellement vers l'ora serrata, refoule la rétine vers le corps vitré, et provoque d'abord, non point un décollement ordinaire de la rétine, semblable à un décollement myopique, mais un soulèvement rétinien dont les caractères ne sont pas encore bien connus.

Le soulèvement de la rétine est la première période d'un décollement rétinien que j'ai observé le plus habituellement dans les altéra-

tions constitutionnelles et en particulier dans la syphilis.

Vers la partie périphérique du fond de l'œil, et au voisinage de l'ora serrata, on distingue généralement comme une suffusion séreuse de la rétine, qui ne s'étend que sur un espace limité par deux ou trois vaisseaux rétiniens; on est tenté de supposer qu'il s'agit dans ces cas d'une rétinite séreuse. Mais il y a deux signes qui ne manquent jamais dans cette période de décollement et qui sont caractéristiques de la maladie. L'un, fonctionnel, se traduisant par la perte du champ visuel, et qui se développe dans la syphilis d'une manière lente et progressive; l'autre, ophtalmoscopique, plus important que le premier, se traduisant par la sinuosité des vaisseaux rétiniens, et qui paraissent presque noirs au milieu de la rétine infiltrée, laiteuse. Avec le mouvement de l'œil, la sinuosité devient encore plus prononcée. Les vaisseaux rétiniens forment, dans la partie décollée, des zig-zags

très serrés, très apparents, et qui ne se voient que dans les parties décollées de la rétine.

Cette forme particulière du décollement, que j'appelle soulèvement rétinien, se rencontre plus spécialement dans la syphilis, et elle est le résultat d'une choroïdite spéciale qui se sera localisée plus particulièrement dans la région ciliaire. Mais le liquide épanché ne dépassera pas une certaine limite, pendant que l'épanchement plastique, fibrineux gagnera en étendue et en épaisseur, et formera vers la région du cercle ciliaire de larges plaques exsudatives, grisâtres, avec des dépôts pigmentaires disséminés au pourtour.

Ces taches n'existent pas toujours au début de la maladie, où elles sont invisibles à l'ophtalmoscope, étant masquées par la rétine sou-levée. Mais si on laisse le mal se développer, on verra bientôt la choroïdite prendre de l'extension, et les exsudations se multiplier dans toutes les directions, d'où il s'ensuivra un décollement très étendu

qui envahira même la région de la macula.

Le nerfoptique prend part aussi à cette inflammation, et on voit surgir une névrite, si on n'y prend pas garde. Ainsi, dans ce décollement périphérique de la rétine, on constatera à un moment donné, le développement de masses exsudatives soulevant la rétine, et simulant une vraie tumeur néoplasique. Méfiez-vous, Messieurs, de ces accidents, et dès leur début examinez avec soin le fond de l'œil vers la région de l'ora serrata en se servant de lentilles à court foyer ou de lentilles prismatiques. Par ce moyen vous explorerez plus facilement les régions dans lesquelles j'ai vu la syphilis se localiser-généralement.

J'ai réuni ici plus de 16 observations se rattachant à cette variété d'affection, mais je pourrai, en cherchant bien dans mes registres, en recueillir le double. Des cas aussi graves exigent de notre part une intervention très énergique, et c'est après de longues recherches, que j'ai trouvé contre cette terrible maladie, un moyen certain, infaillible,

que je vais avoir l'honneur de vous soumettre.

Ce moyen consiste à faire au malade des frictions sur les jointures pendant deux années consécutives avec la pommade mercurielle. Tout le succès du traitement dépend de sa durée. Ce n'est ni un mois, ni six mois, ni un an : ce sont deux années complètes que j'exige pour obtenir la guérison.

Voici comment je suis arrivé à adopter définitivement cette méthode, qui depuis plus de 15 ans ne m'a donné que des succès. Étant encore chef de clinique chez mon regretté maître M. Desmarres, où j'ai appris à faire le diagnostic des choroïdites syphilitiques, je fus frappé des insuccès des méthodes employées jusqu'alors. L'idée me vint de soigner parallèlement ces sortes de malades, les uns avec l'iodure de potassium et le sirop de Gibert, les autres par les pilules de protoiodure et de sublimé, les autres, enfin, par les frictions mercurielles.

Ce

par

tra

M

ave

s'il

d'o

les

dé

tra

ch

tic

de

Ce dernier moyen, seul, me donna un résultat satisfaisant. Encouragé par ce commencement d'amélioration, j'insistai sur la continuation du traitement jusqu'à la guérison complète, qui n'eut lieu qu'au bout de deux années seulement.

- M. Barthélemy. Nous employons d'ordinaire le traitement mercuriel avec beaucoup plus de timidité que M. Galezowski et serions aise de savoir s'il observe des accidents ou comment il les évite.
- M. Hallopeau. M. Galezowski a-t-il observé des accidents de mercurialisme chronique tels que le tremblement par exemple ?
- M. Galezowski. J'emploie habituellement deux grammes par friction, d'onguent double. Ces frictions doivent être faites chaque soir sur une jointure différente, ce qui permet de ne revenir à la même place, que tous les 10 jours.

Les interruptions doivent être aussi rares que possible, et ne jamais dépasser dix ou quinze jours, à condition qu'on prolongera d'autant le

traitement, à l'expiration des deux années.

Pour éviter la salivation, je soumets mes malades au gargarisme au chlorate de potasse deux fois par jour, simultanément avec les frictions. J'ai rarement été obligé de suspendre le traitement à cause de la salivation, mais, ce qui est digne de remarque, c'est que ce symptôme ne s'est produit qu'une ou deux fois à peine dans le courant des deux années.

En ce qui concerne le tremblement mercuriel, je ne l'ai constaté, pour ma part, que trois fois, sur des centaines de malades, et ces trois fois se rapportent à des atrophies ataxiques, contre lesquelles j'ai dû recourir à

des injections au cyanure d'or.

Je terminerai en insistant sur la nécessité de recourir toujours et exclusivement au traitement biannuel par les frictions, car, tandis que les autres moyens ne guérissent que quelques symptômes de la maladie, cette méthode guérit la maladie elle-même radicalement et définitivement, en faisant disparaître les flocons du corps vitré, et le décollement rétinien.

# Lèpre mutilante autochtone chez un Breton. — Présentation de moulages.

Par M. ZAMBACO.

Voici, Messieurs, les moules en plâtre des deux mains estropiées d'un Breton de Pontivy (Morbihan), que m'envoya le Dr Langlois. Tous les doigts sont mutilés, ils sont tombés successivement à la suite de dactylites. Pour moi c'est, encore un cas de lèpre autochtone qu'on aurait qualifié de maladie de Morvan.

M. Besnier. Mais pour nous aussi.

Le Secrétaire, L. JACQUET.

# REVUE DES SOCIÉTÉS SAVANTES

# SOCIÉTÉ BERLINOISE DE DERMATOLOGIE

Séance du 1er novembre 1892.

Président : M. LASSAR. - Secrétaire : M. SAALFELD.

## Syphilis héréditaire.

M. G. Lewis présente un enfant nouveau-né atteint de syphilis héréditaire dont la mère est en traitement pour des symptômes de syphilis récente. L'enfant montra peu de temps après la naissance un eczéma intertrigo dans les aines. Après six bains sublimés, une éruption cutanée générale se montra qui a l'air d'un eczéma squameux et consiste en macules et plaques rouges squameuses. M. L. voudrait nommer cette affection psoriasis erosa, puisque après avoir enlevé les squames on voit une érosion profonde. Trousseau et Lancereaux ont déjà décrit la même maladie. M. L. dirige à cette occasion l'attention sur le fait remarquable qu'une éruption cutanée spécifique ne se montre quelquefois qu'après l'emploi de bains sublimés ou d'injections mercurielles, ce qui ressemblerait à l'effet prétendu des bains sulfureux.

M. Lassar demande si l'on a observé en premier lieu des symptômes d'inflammation et si l'affection a eu dès son début un caractère eczé-

mateux.

M. Lewin répond que l'enfant a montré d'abord un eczéma qu'on peut reconnaître encore aujourd'hui.

M. Lassar voudrait regarder l'affection, s'il ne connaissait pas les relations avec une mère syphilitique, comme l'état squameux d'une inflammation lymphatique issue d'un érythème intertrigo.

M. Lewin prie M. Lassar de donner des détails plus étendus sur cette

maladie lymphatique dont il a déjà parlé à plusieurs reprises.

M. Lassar est d'avis que dans nombre d'inflammations de cause externe les voies lymphatiques sont prises et servent de cette manière à propager l'affection, de sorte que la maladie siège à l'intérieur et non pas sur la surface de la peau. C'est cette circonstance surtout qui lui semble causer

la difficulté de guérir de quelques formes d'eczéma.

M. Lewin réplique que M. Lassar vient de décrire une maladie nouvelle et une manière de propagation qui ne lui est pas bien claire. On distingue des vaisseaux lymphatiques superficiels et profonds qu'il est assez difficile de faire voir. M. Lassar devrait fournir avant tout des preuves microscopiques pour appuyer son opinion. Du reste la propagation de la maladie en question ne correspond pas au cours des voies lymphatiques qui, comme on sait, se trouvent en partie au-dessous des papilles.

M. Lassan soutient la possibilité que l'affection se répande de la manière

indiquée.

#### Psoriasis lingual.

M. G. Lewin présente un malade qui montre en dehors d'une série de symptômes syphilitiques (roséole diffuse, condylomes, psoriasis palmaire et plantaire), une forme de psoriasis lingual qu'il n'a jamais encore vue. Dans l'atlas de Mikulicz on ne trouve pas une planche qui lui ressemble. On voit sur la langue un grand nombre de plaques circonscrites, lisses et rouges de différentes grandeurs, qui sont entourées par une marge épithéliale, grise et un peu élevée. L'affection montre les états suivants : rougeur, hyperhémie, métamorphose régressive, érosion.

M. Joseph demande à M. Lewin si, pour lui, le psoriasis lingual et la

leucoplasie sont des synonymes.

is

na

ée

en

te

oit

ne

Pa.

is

ui

es

é-

mf

la-

n-

lte

ne

er

la

er

lle

ue

ile

n-

lie

ui,

Pe

M. Lewin veut faire une certaine différence entre ces deux affections, sur lesquelles les auteurs ont émis des opinions bien différentes. En réalité il n'y a pas de vrai psoriasis lingual, mais on trouve seulement

des couches d'épithèle engraissée.

M. Joseph remarque qu'en général la leucoplasie et le psoriasis lingual sont regardés comme identiques. Il faut pour cela une teinture blanchâtre de l'épithèle qui mène à des érosions et se change plus tard assez souvent en carcinomes. Il croit que la leucoplasie est une affection en elle, et n'a rien à faire avec la syphilis. Les auteurs qui soutiennent cela, l'ont toujours décrite dans un temps éloigné de l'affection par de longues années. et jamais dans les premières années. M. J. ne voudrait pas désigner l'affection du malade présenté comme un psoriasis. D'après son idée il s'agit dans ce cas de pertes de substance sur une base syphilitique plus ou moins superficielles dont quelques-unes montrent une certaine pigmentation, c'est donc une affection spécifique cicatrisante.

M. O. ROSENTHAL réplique que jusqu'alors on a compris sous le nom de psoriasis lingual les affections les plus différentes et que pour cette raison M. Lewin se trouve dans un droit absolu de parler d'un psoriasis, quoiqu'on puisse être d'autre opinion où la désignation est bien choisie.

Quant à l'idée émise par M. Joseph sur le cas présenté, M. R. ne peut y consentir. Il ne s'agit pas comme M. Joseph prétend d'un état final, mais plutôt d'un état éruptif, qui est accompagné d'autres symptômes caractéristiques sur le corps. Ce n'est donc pas une cicatrice, mais une perte superficielle d'épithèle, telle qu'on la trouve dans l'atrophie lisse de la langue, qui est caractérisée par des taches semblables circonscrites, mais plus grandes. M. L. a déjà mentionné qu'on voit rarement ces plaques tellement nombreuses, mais de les voir en nombre restreint n'est pas justement une rareté. On trouve alors presque toujours d'autres symptômes spécifiques concomitants. Aussi ces plaques se perdentelles sous un traitement local et général, ce qui démontre le mieux leur caractère.

M. Rosenthal ne consent pas non plus à l'opinion de M. Joseph que la leucoplasie n'a rien à faire avec la syphilis. Qu'elle se trouve chez des fumeurs, surtout par suite d'excès, ou aussi par suite d'autres accidents, par exemple, chez des femmes qui ne fument pas, est chose connue, mais que la syphilis peut aussi amener cet état de la langue lui semble être absolument sûr.

M. Hoffmann a vu, il y a peu de temps, un cas pareil; on y remarquait d'abord des bulles qui se crevaient plus tard. Puis l'épithèle se détachait et laissait reconnaître des taches analogues à celles du cas présenté. Comme le malade de M. Lewin prétend aussi avoir eu des bulles, M. H. croit qu'il s'agit d'un pemphigus qui, bien que ce soit très rare, est de nature syphilitique et peut même être accompagné de fièvre.

M. Lewin déclare adhérer absolument à l'opinion émise par M. Rosenthal. Il avait choisi le mot « psoriasis » seulement pour être facilement et généralement compris. Il a observé des centaines de cas de leucoplasie, mais il est impossible de donner une description bien nette de cette affection. Du reste, son affinité avec la syphilis lui semble être démontrée par un nombre considérable d'observations.

En ce qui concerne la transformation en carcinome, M. L. se souvient de plusieurs malades chez qui on l'avait supposée, mais qui furent traités par le mercure et guéris. Les bulles sont bien rares sur la langue; aussi ne peut-on avoir de confiance sous ce rapport aux dires des malades. L'idée de M. Hoffmann lui semble donc avoir très peu de vraisemblance.

# Acné pigmentosa.

M. Lewin présente un jeune malade avec une acné pigmentosa. Il s'agit dans ce cas de nodosités d'acné, qui ont laissé des cicatrices pigmentées. La cause lui en est inconnue.

#### Verrucosité.

M. Lewin présente un malade qui souffre d'un exanthème singulier traité à plusieurs reprises sous des diagnoses bien différentes. L'affection consiste en un grand nombre de petites taches et de saillies brunes qu'on peut facilement enlever en grattant. M. L. a vu une forme de pityriasis punctata d'un aspect semblable qui se laissait enlever de la même manière.

M. Ledermann, qui a aussi traité le malade quelque temps, a pensé, vu le haut degré de séborrhée, à des verrues séborrhéiques.

#### Syphilis pigmentosa.

M. O. Rosenthal présente un jeune négociant de 24 ans qui se trouve sous observation depuis mai de cette année après avoir été infecté six semaines auparavant. Il montrait alors une sclérose, des enflures énormes des glandes inguinales des deux côtés, quelques semaines plus tard une roséole peu prononcée, qui fut bientôt suivie par une syphilide tubéro-pustulo-ulcérée, de peu d'intensité au tronc, mais très considérable aux extrémités inférieures. Le malade fut traité par des injections à l'oxyde jaune et a reçu en tout, pendant 4 mois 1/2, à cause des récidives fréquentes, 21 injections.

L'exanthème a disparu, mais on voit à sa place des pigmentations de grande étendue, d'une couleur brune profondément foncée telle qu'on le voit très rarement par suite de la syphilis. Bazin est le premier qui ait décrit une syphilis pigmentaire, qui cependant appartient plutôt au leucoderma. Plus tard, différents auteurs américains et français ont observé des cas dans lesquels le pigment s'est montré en même temps que l'exan-

thème, maculo-papuleux; d'autres encore ont prononcé l'opinion que le pigment qu'on voit après des éruptions cutanées est un reste de syphilis qui disparaît aussi par un traitement spécifique. D'après l'opinion de M. R. il ne s'agit pas, dans le cas présenté, de produits syphilitiques, mais plutôt de troubles de nutrition de la peau qui se perdront d'eux-mêmes, mais très lentement. Ces pigmentations sont aussi situées au-dessous de la peau et le coloris foncé expire peu à peu dans les contours, tandis que les efflorescences syphilitiques ont un bord nettement taillé.

## Epididymite double tuberculeuse.

M. Ledermann rapporte l'histoire d'un cas qu'il avait déjà présenté dans une session antérieure. Il s'agit d'un conducteur de chemin de fer, qui montrait outre une roséole, une gonorrhée accompagnée d'une épidi-

dymite du côté droit résistante au traitement antisyphilitique.

Plus tard on remarquait une infiltration du scrotum qui se transformait bientôt dans un abcès, qui, après s'être ouvert, laissait en guérissant une fistule. Quatre semaines plus tard, la même scène se répétait sur l'autre côté, seulement on pouvait sentir de grandes nodosités. On reconnut alors qu'il s'agissait d'une tuberculose. M. Karewski fit la castration des deux côtés et l'examen exact fait après l'opération confirma la diagnose. L'épididyme gauche était complètement suppuré, le testicule même changé en une masse caséeuse. Le malade a bientôt regagné ses forces après l'opération et a repris peu de temps après son occupation.

Les bacilles n'ont pas été trouvés. (Démonstration microscopique.)

M. Heller a observé une tuberculose des testicules, dans laquelle la tuberculine appliquée à grosses doses n'a pas produit la moindre réaction.

M. Karewski a vu un grand nombre de tuberculoses des testicules, par suite de gonorrhées. De six cas qu'il a opérés, quatre se sont développés peu de temps après cette affection. Ils sont caractérisés par la formation de nodosités dans l'épididyme qui ne se perdent plus mais qui se transforment en abcès. Mais M. K. n'a pas encore vu d'épididymite gonorrhéique suppurante. Aussi l'épididyme spécifique est très rare. M. K. a observé, il y a peu de temps, un tel cas dans lequel le testicule était tout à fait intègre. Aussi la tuberculose des testicules se propage-t-elle vite sur le cordon spermatique. La glande prostatique, généralement seulement d'un côté, se montre de même déjà prise de la maladie à une époque précoce.

Du reste, M. K. est d'avis que dès que la diagnose est faite, il faut tout de suite procéder à la castration, parce qu'on réussit à protéger un

grand nombre de malades contre une tuberculose générale.

M. Mankiewicz demande quel était l'état des vésicules séminales. Guyon prétend, comme on sait, qu'une tuberculose des testicules est toujours précédée de celle des vésicules séminales. M. M. a vu aussi à Paris un cas dans lequel celles-ci étaient suppurées et où on parvint à trouver des bacilles.

M. G. Lewin n'attache pas de valeur à la coïncidence de la gonorrhée et de la tuberculose de l'épididyme, en exprimant son doute que la gonor-

rhée soit en état d'amener à la tuberculose, Dans tous les cas qu'il a vus, il a toujours trouvé un gonflement tubéreux de la glande prostatique. Dans deux cas, il était en état de poursuivre la marche : de la glande prostatique à l'urèthre, à la vessie, aux reins, et enfin aux poumons. Quant à la syphilis de l'épididyme, il n'a pas l'intention d'en parler à cette occasion, vu que ce sujet ait été traité à plusieurs reprises dans cette Société et qu'il a toujours soutenu qu'une affection primaire de cet organe est très rare. Le cas présenté par M. O. Rosenthal dans la Société de médecine en a donné une preuve typique et, dès ce temps, il a aussi vu plusieurs cas semblables. Mais si nous supposons que ce n'est pas de l'épididyme que la tuberculose prend son issue, et que les symptômes peuvent rester assez longtemps dans un état latent, il faut bien réfléchir avant de conseiller la castration. Quant aux abcès par suite d'une épididymite gonorrhéique, M. L. en a vu deux cas, Rocher en a décrit un plus grand nombre.

# De l'infection syphilitique extragénitale.

M. Peter, s'appuyant sur 20 infections syphilitiques extragénitales qui ont été observées durant les neuf premiers mois de l'année courante dans la clinique de M. Lassar, prétend que ce mode d'infection est beaucoup plus fréquent qu'on a cru jusqu'alors, et que, pour cette raison, il faut penser davantage à l'enseignement de la prophylaxie générale.

De ces 20 cas mentionnés, il n'y en a que 2 qui tirent leur origine d'un contact sexuel pervers; les autres se ramènent à des baisers, à des blessures, ou accidentelles, ou par suite du rasoir. Dans ce nombre figurent 11 hommes, 5 femmes et 5 enfants. L'affection primaire avait son siège à la lèvre inférieure huit fois, à la lèvre supérieure quatre fois, au menton deux fois, à la joue, au cou, au doigt, à la tonsille et à la base de la langue une fois. Il ajoute une sclérose de la lèvre pudendale d'une enfant de 11 mois, dont le père malade s'était servi du linge comme essuie-main. Les chancres des lèvres différaient de la grandeur d'un pois à celle de la pièce d'un franc et se présentaient comme des papules couvertes de croûtes ou des ulcérations indurées avec une base luisante et rouge brun. L'exanthème était maculeux en 7 cas, papuleux en 2 cas, papulo-maculeux en 2 cas; il n'y avait pas d'exanthème du tout en 2 cas. L'un de ceux-ci était un enfant dont le commencement de la sclérose de la lèvre datait de presque une année et qui avait eu à ce temps la rougeole ; peut-être s'agissait-il d'une roséole qu'on n'avait pas reconnue. Seulement, dans un cas, on observait une iritis; dans les autres, il n'y avait pas de complication. Il semble arriver assez souvent que chez des enfants, l'affection primaire échappe à l'observation. S'ils grandissent et montrent plus tard des symptômes de syphilis, on les regarde alors facilement comme des cas de syphilis héréditaire tardive.

Parmi les malades de M. P., il y avait une famille dont le père prit l'infection après la naissance de l'enfant cadet; il transmit la maladie à la mère qui, de son côté, infecta l'enfant aîné en l'embrassant sur la joue eczémateuse, et l'autre sur le cou; aux deux endroits indiqués, une sclérose fut observée.

O. ROSENTHAL.

M

spo

et a

5-6

arb

vu

1

40

une

1

dar

reu

fix

ma

ma

SOL

val

l'ét

nei

ďu

COI

cel

sir

àl

ma

et pr

L

#### Séance du 7 décembre 1892.

Président M. LASSAR. - Secrétaire M. O. ROSENTHAL.

#### Kéloïde spontanée.

M. Heimann présente une demoiselle de 28 ans qui montre une kéloïde spontanée aux deux bras. Elle s'est développée depuis à peu près 10 ans et a atteint peu à peu une longueur de 10-20 centim. et une largeur de 5-6 centim.

L'affection est stationnaire depuis 5 ans. Aux endroits pris on voit des arborisations caractéristiques. La malade n'a jamais eu d'autre affection de la peau et aussi sa famille en a été toujours libre. M. H. a seulement vu trois cas de cette sorte assez rares dans une telle étendue.

#### Syphilis ou simulation.

M. Golzieher, présente un malade de la clinique de M. Lassar, âgé de 40 ans, qui s'est fait il y a trois ans à la jambe droite par du fer rouge, une brûlure du troisième degré.

Il a été traité jusqu'alors dans différents hôpitaux par des onguents, du nitrate d'argent, un pansement de plâtre, etc.. aussi a-t-il été alité pendant plusieurs mois. En dernier lieu on a appliqué une transplantation qui a amené une bonne guérison, mais peu de temps après les ulcérations se sont formées de nouveau. On voit maintenant des destructions ulcéreuses superficielles et profondes, et des cicatrices épaisses et en partie fixées aux os de la partie inférieure de la cuisse. Les douleurs dont le malade, qui ne peut naturellement pas travailler, avait à souffrir n'ont cessé qu'après la transplantation. Il s'agit maintenant de décider si le malade aide à reproduire son affection par quelque manipulation ou si le soupçon de syphilis qui est soutenu par la forme singulière des ulcérations, se vérifie, quoiqu'on ne soit en état de pouvoir construire une anamnèse valable. On vient de commencer dans la clinique un traitement antisyphilitque qui jusqu'à présent n'a pas encore conduit à un changement de l'état.

M. Isaac s'appuie sur la coloration singulière et les formes serpigineuses qui se trouvent surtout à la plante du pied, pour croire qu'il s'agit d'une forme de syphilis ancienne et que pour cette raison le traitement commencé mènera à la guérison.

M. G. Lewin dirige l'attention sur l'examen de la base de la langue et sur celui des testicules lesquels seraient peut-être en état d'éclairer la diagnose. Le caractère syphilitique des ulcérations ne lui semble pas très prononcé. Comme il a traité dans les années antérieures beaucoup de malades qui simulaient, il démontre la méthode par laquelle il a réussi assez souvent à les démasquer.

Elle consiste principalement à essayer de simuler soi-même vis-à-vis le malade. Il faut avant tout gagner sa confiance, en parlant d'autres cas semblables qu'on a traités, et en recommandant un traitement minutieux et une bonne nourriture. Ceci fait, on presserait par exemple dans le cas présenté assez fortement plusieurs points de la jambe avec le doigt en di-

sant de suite que le malade puisse l'entendre, que dans les cas guérissables tous ces points touchés montreraient dans quelques jours des ulcérations. Et cela arriverait réellement si le malade simulait.

### Lupus disséminé.

M. Goldzieher présente un garçon avec un lupus disséminé sur tout le corps. Outre sur le cuir chevelu, le cou et les bras, on voit encore d'autres petits foyers par ci par là.

# Seringue pour le traitement de la gonorrhée.

M. Friedlander montre une seringue qu'il a fait construire pour le traitement de la gonorrhée chronique, laquelle cherche à réunir en elle les avantages des instruments de Guyon et d'Ultzmann. Tandis que le dernier est trop lisse pour qu'on puisse tâter avec lui l'urètre, l'autre ne peut passer des obstacles produits ou bien par un retroussement de la muqueuse ou par un spasme du sphincter, de sorte que, si cela arrive, on est enclin à croire à un rétrécissement ou à douter de l'adresse de l'opérateur. Puis l'instrument de Guyon ne peut être désinfecté que difficilement et le nombre des gouttes ne peut pas être compté exactement.

La seringue de Friedländer est faite de métal comme celle d'Ultzmann mais est pourvue de l'olive de celle de Guyon, en outre elle est plus longue et plus mince. L'olive correspond au numéro 19 de la filière de Charrière, qui suffit dans la majorité des cas; pour la désinfecter on prend de l'eau bouillante.

## Dermatite basée sur une lymphangite.

M. Lassar montre un enfant âgé de quelques semaines, né de parents sains, qui ressemble à l'enfant héréditairement syphilitique, que M. Lewin a présenté dans la séance de novembre. En regardant en face, surtout les mains, les bras et les genoux, on trouve une certaine ressemblance avec une sclérodermie, ce que M. Lewin était enclin à croire à la première vue. Mais après avoir simplement traité avec la poudre, on observe une desquamation très prononcée. Maintenant on voit par ci et par là des plaques rouges de différente grandeur en partie confluentes et couvertes de squames, situées entre des flots de peau tout à fait intacte. M. L. croit qu'il s'agit d'un cas d'intertrigo, qui est, comme on sait, une lymphangite. Cela pourrait être décidé facilement par des expériences en faisant des cultures.

M. Blaschko dit avoir vu nombre de cas d'érysipèle chronique montrant les mêmes symptômes. Aussi a-t-il observé chez un enfant cette manière singulière du procès de s'étendre. Il serait possible que le petit malade ait transmis en grattant l'érysipèle d'une place à une autre.

M. G. Lewin demande à M. Blaschko, combien de cas d'érysipèle chronique il a déjà vu, puisque lui-même n'en a observé dans sa longue pratique que 2-3. M. Blaschko dit en avoir vu 5-6.

M. O. Rosenthal ne peut approuver M. Blaschko, parce qu'il ne connaît pas d'érysipèle caractérisé par de nombreux groupes isolés et séparés les uns des autres et dispersés sur tout le corps. L'érysipèle chronique peut bien occuper différentes parties mais les foyers sont toujours circ

ma

pre

sui

ph

jou

ca

pl

ou

n

di

D

ti

n

circonscrits et jamais multiples. M. R. est donc de l'avis de M. Ledermann, qu'il s'agit d'une dermatite probablement parasitaire. Aussi, M. Laafeld se prononce contre l'idée d'un érysipèle chronique qui ne prend jamais des districts de cette grandeur et tout à fait isolés.

M. Lassar croit que les opinions prononcées ne diffèrent pas trop l'une de l'autre. Il y a nombre de cas de dermatites entretenus et propagés par

suite d'une lymphangite.

M. G. Lewin répète qu'il ne connaît pas cette classe de maladies lym-

phatiques.

Les lymphangites connues sont de toute autre espèce et reposent toujours sur un cordon lymphatique dont on ne voit rien dans le cas présenté. Et on ne peut constater si les vaisseaux lymphatiques situés au-dessous du stratum papillaire sont malades. Aussi trouve-t-on toujours dans des cas pareils un gonflement des glandes lymphatiques, ce qui n'est pas non plus le cas dans cet enfant.

M. Lassar croit à une ressemblance des deux cas mentionnés.

M. Ledermann est d'avis qu'il s'agit d'un eczéma séborrhéique d'Unna ou psoriasiforme d'après la dénomination de Neisser, qui lui semble fort à propos. Sans entrer dans la question de l'origine lymphatique il voudrait seulement mentionner que toutes les plaques montrent des contours bien nets et produisent au premier aspect l'impression d'un psoriasis. Cette dermatite appartient aux formes parasitaires de l'eczéma.

M. Blaschko consent dans un certain sens à l'opinion de M. Lassar. D'après son idée il s'agit d'une affection des capillaires lymphatiques de la peau. Il voudrait désigner le cas comme érysipèle chronique, dermatites qu'on nomme parasitaires, mais qui ne le sont pas. L'origine et la nature de certaines formes d'eczéma ne sont pas encore connues.

#### Chancres syphilitiques multiples.

M. Peter présente de la clinique de M. Lassar, un jeune homme pour démontrer qu'il y a quelquefois plusieurs sortes d'invasion pour le venin syphilitique. Outre une sclérose au pénis, existante depuis dix semaines, le malade montre une seconde affection primaire à un doigt datant de six semaines.

#### Ulcération de nature inconnue à la lèvre supérieure.

M. Peter présente une femme avec une ulcération à la lèvre supérieure de nature inconnue. Les glandes ne sont pas tuméfiées, les bacilles de la tuberculose n'ont pu être trouvés, de sorte qu'on ne peut penser ni à la syphilis, ni au lupus, ni à la tuberculose, ni à l'actinomycose.

M. G. Lewin ne croit pas non plus qu'il s'agisse de syphilis.

### De l'hygiène des offices de barbiers.

M. Blaschko mentionne dans la première partie de ses expositions les affections qui peuvent être transmises dans les offices des barbiers : en premier lieu, la teigne tondante, puis l'impetigo contagiosa, certaines formes d'eczéma qui se développent après la coupe des cheveux ou un shampoing intense. Que la pelade prenne place aussi parmi ces affections, ne lui

semble pas encore démontré, quoique nombre d'auteurs y croient. Mais l'acné varioliforme (acné atrophique) et la trichorrhexis nodosa sont à compter parmi elles. Outre ces affections de la peau il y a encore une série d'autres maladies; avant tout, la syphilis qui peut être transmise par les employés ou les rasoirs ou d'autres objets; si, par exemple, plusieurs clients se servent de la même serviette. L'infection peut être indirecte, directe ou immédiate; la dernière ressort du barbier lui-même, s'îl est malade, et l'autre du rasoir, de la brosse à cheveux et à barbe, de l'essuie-mains, du peigne et de la houppe à poudrer. M. B. reconnaît avant tout la nécessité de pourvoir à une prophylaxie énergique. M. Köbner a proposé, il y a plusieurs années, pour le même but : 1º d'échauder le rasoir et la brosse à barbe dans de l'eau bouillante; 2º de prendre une brosse particulière pour chaque client; M. B. ne croit pas que cela soit nécessaire; 3º une serviette et un essuie-main propres pour chaque client; et 4º des houppes à poudrer particulières.

Ces propositions ne sont jusqu'à présent ni obligatoires ni prescrites par la préfecture et manquent aussi de base pratique, parce qu'elles sont trop chères. Pour ce but, il faudrait qu'une commission sanitaire donne un règlement avec des prescriptions rigoureuses: pour chaque client un rasoir particulier et une brosse à barbe particulière, ou si ce n'est possible — et ce sera le cas dans la majorité — un échaudement des instruments après usage. Aussi, un essuie-mains propre ne peut être pris pour chaque client; M. B. propose à sa place des serviettes de papier chinois qui valent très peu. Au lieu de la houppe à poudrer il faudrait employer de la ouate. Les contrevenants devraient encourir des amendes et les offices être surveillés par des revisions périodiques. Pour cette raison, il faudrait procéder à la création de magistrats pour l'hygiène publique. En outre, il faudrait changer la loi en ce point que, si le barbier ou son clerc est malade (ils doivent rechercher la réception dans un hôpital), leur réception dans un hôpital est obligatoire.

Cette prescription aurait aussi la même valeur pour les boulangers, les sommeliers, les charcutiers et tous les marchands de comestibles. La discussion est remise à la prochaine séance.

# Démonstration de moulages.

A la fin, M. Lassan fait la démonstration de sa très intéressante collection riche en moulages d'après nature.

O. Rosenthal.

## SOCIÉTÉ VIENNOISE DE DERMATOLOGIE

Séance du 16 novembre 1892.

Présidence du professeur Kaposi.

## Pemphigus foliacé.

M. Kaposi montre le cas de pemphigus foliacé généralisé qu'il a déjà présenté à la Société. Tandis qu'autrefois on voyait succomber rapideme

auj

vai

fac

sul

les

tro

ga

01

L

l'i

co

m

de

de

11

C

q

a

16

ľ

ment les malades atteints de cette affection, on arrive le plus souvent aujourd'hui à obtenir une guérison relative. Sur les 11 cas qui se trouvaient à la clinique il n'y a pas eu de mort. La plupart sont sortis très améliorés. Il n'en reste plus qu'un, une femme, qui a de nouveau sur la face et le reste du corps ces fissures à marche progressive, qui font défaut sur le cuir chevelu; partout des lambeaux épidermiques se détachent dans les points où devrait se produire une poussée bulleuse, l'épiderme est trop mince et se rompt immédiatement. En quelques régions, à l'épigastre, sur l'abdomen, l'épiderme est très résistant. Le poids du corps et la nutrition ont augmenté, le sommeil est bon.

## De l'albuminurie dans la syphilis.

M. Neumann présente un jeune homme qui, à son entrée dans la clinique le 31 octobre 1892, avait une sclérose, un exanthème papuleux, un psoriasis palmaire et plantaire, de l'œdème de la face et des membres inférieurs. On trouve dans l'urine une grande quantité d'albumine, d'innombrables leucocytes, des épithélias des reins, des cylindres hyalins et granuleux. La proportion d'urine est très diminuée (700 c. c.); le malade prend de l'iodure de potassium depuis le 4 novembre; à partir de ce moment on constata une diminution dans la quantité de l'albumine et des cylindres, maintenant l'urine est de 2400 c. c.

Au dernier congrès dermatologique, Schwimmer a parlé de la présence de l'albumine du 3° au 4° mois après l'infection. D'après les relevés de ces derniers mois, on a trouvé de l'albumine dans 21 cas de syphilis récente. Il n'y a d'ailleurs rien d'étonnant, car d'autres maladies infectieuses s'accompagnent aussi d'albuminurie. Mais il est rare qu'on rencontre une telle quantité de cylindres, etc., dans l'urine. On comprend facilement qu'il y ait de l'albumine dans les phases tardives quand il y a des gommes dans les reins. On pourrait se demander si la présence de l'albumine dans l'urine à la phase initiale n'est pas un phénomène accidentel. Ce point n'est pas encore éclairci. En tout cas il est remarquable qu'on ait trouvé 21 fois une telle proportion d'albumine dans les dernières années. Il est étonnant aussi que les symptômes aient disparu en un temps aussi court (16 jours en tout) après l'administration de l'iodure de potassium.

M. Maacek s'est déjà occupé de cette question au congrès. C'est là un fait d'une grande portée. On rencontre dans la littérature médicale des cas dans lesquels on a diagnostiqué une syphilis rénale en se basant uniquement sur la présence de l'albumine. Il faut aujourd'hui distinguer au point de vue clinique les cas dans lesquels il y a une proportion considérable d'albumine et apparaissant éventuellement avec des éléments figurés, et ceux où il n'y a que des traces. Celles-ci peuvent être dues uniquement à un trouble grave apporté à la formation du sang par la maladie infectieuse, principalement dans la période irritative, formative, pendant le développement des efflorescences et les engorgements ganglionnaires. L'orateur rappelle les divers érythèmes très légers, simples, fébriles, dans lesquels un examen minutieux a fait découvrir des traces d'albumine dans l'urine. Ces cas ne deviennent graves que s'il y a de grandes quantités d'albumine, notamment avec des éléments figurés.

Il n'est pas démontré qu'à cette période il existe des altérations anatomo-pathologiques dans les reins. Mais il en est autrement dans les périodes ultérieures. L'opinion d'après laquelle la syphilis déterminerait par elle-même, dans la période initiale, des altérations rénales paraît donc à l'orateur ne devoir être admise qu'avec une grande réserve; quand il y a de telles quantités d'albumine à cette période, il croit devoir les attribuer uniquement à des troubles passagers.

# Névrite multiple dans la phase aiguë de la syphilis.

M. Ehrmann. — Il s'agit d'un homme ayant une syphilide maculeuse et des condylomes larges des parties génitales, de plus une néphrite prononcée, du sang dans les urines, des cylindres, environ 6 mois après l'infection. Dans ce cas on avait probablement affaire à ces hyperhémies qui surviennent d'une manière générale à la période aigue dans les organes profonds, bien plus qu'à une véritable néphrite; chez ce malade dans le périoste, les ligaments articulaires, le nerf médian, le cubital, le péronier. Il y a très certainement une altération du sang. Il est sûr que toute altération du sang entraîne une lésion, si légère soit-elle, des vaisseaux, qui peut-être n'est pas durable. Autrement on ne s'expliquerait pas ici la présence de globules rouges du sang dans l'urine. Ces lésions si fugitives ne consistent probablement qu'en des altérations du protoplasma d'une série d'endothélia. Il est très peu vraisemblable qu'il y ait aussi une lésion des glomérules. Mais il faut admettre une lésion, si faible soit-elle, des parois vasculaires.

M. Neumann. — On n'a pas trouvé, dans un seul cas, une lésion anatomique. Mais quand une néphrite de ce genre rétrocède si rapidement, on pourrait peut-être songer à un rapport avec la syphilis en tant que syphilis. Les quantités d'albumine dans la phase initiale ont la même signification que dans d'autres maladies infectieuses, notamment la scarlatine; il n'y a pas ici de lésions anatomiques; dans les périodes ultérieures, les gommes sont certainement hors de doute. Dans ces cas, la connexion avec la syphilis n'est admissible que parce qu'un œdème aussi généralisé ne disparaît pas d'ordinaire si vite en même temps que l'exanthème.

M. Grunfeld a fait de nombreuses recherches quant à l'albumine chez les syphilitiques; dans beaucoup de cas, l'albumine faisait défaut; dans un petit nombre, elle était présente. Quelques cas de syphilis récente ont présenté de grandes quantités d'albumine. Ultzmann et lui n'admettaient pas l'existence de lésions rénales, mais seulement de processus irritatifs dans les reins, sans lésions anatomiques, tels qu'on en observe sur la muqueuse buccale, la vésicule biliaire (avec ictère comme symptôme clinique), l'iris. Quand des formes tardives s'accompagnent de fortes proportions d'albumine, cela tient à des lésions anatomiques ressortissant à la syphilis tertiaire.

M. Cehak a fait une série de recherches de ce genre, il y a 3 ans, et cela avant, pendant et après les poussées. Il a employé, pour déceler l'albumine, le ferrocyanure de potassium. Le résultat était tantôt positif, tantôt négatif. Dans le cas actuel, les symptômes graves ont été rapidement amendés par l'iodure de potassium. Ce médicament est, il est vrai,

l'a

ce

5'8

au

ict

m

di

th

se

fo

CI

0

di

ď

C

m

U

d

diurétique, mais l'albumine dont la proportion était considérable et l'œdème ont disparu si promptement qu'il est permis de se demander si

ces accidents n'avaient pas une cause spécifique.

M. Horowitz a traité trois cas analogues dans le service d'Auspitz. Il s'agissait d'une femme ayant une éruption papuleuse. Après 3 injections, elle refusa de continuer le traitement. Elle quitta l'hôpital et elle revint au bout de 6 mois avec de l'albumine dans l'urine, des leucocytes, des cylindres épithéliaux, et avec de l'œdème des membres inférieurs. L'emploi du protoiodure de mercure fit disparaître l'œdème au bout de 15 jours, et on ne trouva plus ni albumine ni éléments figurés dans l'urine.

M. Ehrmann fait remarquer que dans le cas qu'il a cité, il y avait un

ictère que l'iodure de potassium fit également disparaître.

# Érythème iris et multiforme.

M. Kaposi. — Le malade atteint de cette affection est très anémique. Premier séjour à l'hôpital pour la même affection en mai 1891, liqueur de Fowler. Deuxième séjour en septembre de la même année, même maladie, même traitement. La localisation et la couleur des efflorescences sont ici dignes d'attention. Sur la face et les bras, efflorescences encore récentes, tandis qu'ailleurs il est resté des pigmentations très prononcées. La proportion d'hémoglobine dans le sang est très faible (45 0/0).

M. Hebra connaît ce malade; il avait diagnostiqué une urticaire xanthomatode. Actuellement, l'aspect s'est un peu modifié. Il existe toutefois

encore des nodules durs sur les anciennes efflorescences.

M. Kaposi. - Il s'agit ici de la constatation du caractère d'ensemble du processus et il faut retenir là les types de la localisation de l'érythème multiforme. Il y a cependant de ces érythèmes où les efflorescences conservent pendant des mois la même situation et montrent à peine une extension serpigineuse, de telle sorte qu'il en résulte une pigmentation foncée considérable et qu'on peut prendre ces cas pour une syphilis annulaire par suite de la dépression apparente du centre avec de petites croûtes et du bord dur et ferme. L'ædème remplit les papilles jusqu'au fond. On sait, d'autre part, que chez certains sujets, l'érythème multiforme récidive continuellement pendant des années, avec poussées successives ou d'une manière continue dans la même région. Dans quelques-uns de ces cas on a pu reconnaître des facteurs étiologiques. Ainsi l'orateur connaît un malade qui avait un érythème chaque fois que son uréthrite s'aggravait. Une femme eut aussi un érythème pendant 6 à 8 ans toutes les fois que l'urine contenait de l'albumine. Peut-être celle-ci provenait-elle de l'affection. Dans d'autres cas il n'a pu découvrir de causes spéciales; de même, l'herpès iris du dos de la main et de la nuque ou de la bouche récidive pendant des années. En tout cas, il faut toujours constater le type de l'érythème multiforme et prévoir que la pigmentation deviendra encore plus foncée en raison de l'épaisseur de l'épiderme du malade. Comme ces sujets ont aussi d'ordinaire des asphyxies locales (du dos de la mainfet du pied, des oreilles), ils sont facilement atteints de callosités épidermiques dues à des stases locales.

M. Schiff croit que dans ce cas les efflorescences de la peau, de la face et du cuir chevelu proviennent des glandes sébacées. Il appelle l'attention sur le cas d'une femme atteinte d'acné très pernicieuse qui souffre également d'un érythème multiforme à récidives fréquentes. Selon lui il y a des cas d'acné dont le point de départ est une angionévrose, qui récidivent et s'accompagnent d'une espèce d'érythèmes angio-nerveux.

M. Hebra serait plus réservé pour voir dans ce cas un érythème multiforme. Il cite des cas qu'il a vus à Paris, et qui ne différaient de celui-ci que sous le rapport de l'âge. Il s'agissait de deux petits enfants dont l'épiderme très mince laissait transparaître très nettement la couleur jaune des nodules. Il y a surtout lieu de tenir compte ici de l'extension périphérique; c'est en somme une maladie tout à fait spéciale, encore peu connue. Il existe sur les deux cuisses un grand nombre de nodules assez durs. donnant l'impression de grains de plomb profondément situés ; il s'agirait donc d'une néoplasie conjonctive scléreuse, telle que celle observée à la suite d'inflammations chroniques. On ne rencontre jamais cet état dans les érythèmes polymorphes; la couleur jaune des nodules ne constitue qu'une analogie avec le xanthome. En outre, il n'est pas question ici de récidive, puisque les efflorescences se produisent depuis quatre ans d'une manière continue. Relativement aux cas qu'on a cités d'affection uréthrale. l'orateur en connaît un où des troubles digestifs survenaient chaque fois que le rétrécissement avait augmenté; chez d'autres c'est la peau qui est affectée, mais la marche n'est pas alors continue. On a affaire ici à une affection tout à fait spéciale, analogue jusqu'à un certain point à un érythème multiforme.

M. Cehak. — Les symptômes s'accentuent quand le malade s'expose à des températures extrêmes; lorsque l'orateur vit ce malade pour la première fois, il diagnostiqua la lèpre. Puis, les nodosités disparurent complètement.

M. Neumann s'en tient à son diagnostic prifnitif d'érythème multiforme. Dans ces cas les efflorescences du dos, du bras et de la face se sont développées sous nos yeux sous forme de taches circonscrites de la dimension d'une lentille avec une papule qui se desséchait au centre en une croûte comme dans l'érythème papuleux. Celui-ci en s'étendant se transforme en érythème iris. Les localisations sur le dos de la main et du pied, sur la jambe sont connues. Quand la disposition est irrégulière on ne peut découvrir le facteur étiologique que dans certains cas. La syphilis est une de ces maladies infectieuses, elle est très souvent combinée avec un érythème iris de ce genre, ne présentant pas une disposition régulière des efflorescences. Cette particularité se rencontre encore plus souvent dans les carcinomes récidivants (on trouve dans Billroth un cas consécutif à l'amputation du sein avec érythème iris sur toute la surface cutanée, accompagné de prurit, d'insomnie, de frissons). Ces cas montrent une disposition irrégulière. Dans le cas actuel on ne trouve pas de cause, rien d'anormal dans les organes internes en dehors d'une anémie grave. Cette pigmentation très prononcée est exceptionnelle; les pigmentations de ce genre persistent souvent toute la vie.

M. Kaposi. — Le diagnostic s'appuie ici sur la forme des efflorescences et leur mode de développement. Il n'y a rien d'étonnant à ce que le pigment soit plus foncé que dans d'autres cas. Cela tient à la constitution individuelle de la peau; dans l'état de marasme où est ce malade les vaisseaux

80

L

re

da

ré

de

re

cl

sont beaucoup plus facilement traversés par les globules rouges, sans compter que des hémorrhagies peuvent aussi survenir dans cette affection. L'orateur a déjà dit que la dimension du foyer ne constitue pas une différence, non plus que la dureté du bord, la pigmentation foncée, le dépôt de masses épidermique cornées, car tous ces symptômes se rencontrent dans l'érythème multiforme typique. Hebra parle de nodosités profondes, dures, et porte par suite le diagnostic d'urticaire xanthomatode. En réalité il s'agit de toute autre chose. En ce qui le concerne il ne trouve pas de nodules durs de ce genre, mais seulement les infiltrats compacts qui appartiennent, d'après l'examen histologique, à l'érythème, ils sont de nature passagère et dus uniquement à des œdèmes.

M. Hebra montre quelques nodules tout à fait pâles, très durs, qu'il regarde comme caractéristiques. Il rappelle le travail de Pönsgen d'Heidelberg sur des productions analogues du dos de la main et du sommet de l'épaule. L'orateur ne base ici le diagnostic que sur les symptômes cliniques. Quoi qu'il en soit, ce cas ne peut être confondu avec l'urticaire chronique ou l'érythème multiple. Il est certain qu'ici les nodules de la surface d'extension des doigts et du coude sont persistants, puisqu'il les a vus il y a un an. Son diagnostic était alors le même qu'aujourd'hui.

#### Maladie d'Addison.

M. Ehrmann. — Il s'agit d'un homme de 27 ans, forgeron. Dans son enfance il a eu une maladie prurigineuse de la peau de deux mois de durée; sa santé a été ensuite bonne jusqu'à il y a un an. Vers cette époque, maux d'estomac qui persistèrent pendant quatre semaines. Il y a trois mois, nouveaux symptômes gastro-intestinaux : vomissements, troubles digestifs, constipation, en même temps le malade remarqua pour la première fois une teinte foncée de sa peau. Amélioration relative après cinq semaines de séjour à l'hôpital; mais la reprise du travail donna lieu à la réapparition des symptômes. La pigmentation du testicule et du pénis est remarquable; il y a aussi des taches pigmentaires sur les gencives, les lèvres, le palais et la muqueuse des joues. Il s'agit d'une maladie d'Addison au début. Au point de vue étiologique on pourrait peut-être rattacher ici la teinte bronzée au plexus cœliaque.

### Purpura.

M. Ehrmann présente un autre malade. Ce cas concerne un homme qui fut pris la nuît, sans fièvre, de taches hémorrhagiques disposées par groupes sur les membres inférieurs. On pourrait regarder ces hémorrhagies comme la suite d'une stase dans les petits vaisseaux, stase due à l'anémie du malade, celle-ci ayant altéré les vaisseaux. Ni fièvre ni douleurs articulaires.

M. Kaposi. — L'érythème multiforme est un processus morbide si bien décrit par le professeur Hebra, qu'on doit s'en tenir à sa description et ne pas chercher à voir quelque chose d'autre dans chaque nuance de la maladie. Dans tous les érythèmes il peut y avoir des hémorrhagies et pourtant le processus reste le même. Tous les érythèmes multiformes n'ont pas

nécessairement pour point de départ des symptômes spéciaux, tous les purpuras ne s'accompagnent pas d'affections articulaires, toute variole de fièvre. A son avis, il s'agit d'un érythème multiforme; quand il y a beaucoup de taches hémorrhagiques on se trouve en présence d'un purpura. Le malade a aussi un érythème annulaire des cuisses. Chez un sujet atteint d'érythème multiforme, les hémorrhagies surviennent de préférence aux jambes parce que cette localisation des hémorrhagies est la plus fréquente,

M. Ehrmann a vu un malade qui eut pendant huit ans des taches sur les membres inférieurs et il a toujours des hémorrhagies. Un érythème ne

récidive guère pendant huit ans.

Chez un autre malade il y eut aussi constamment pendant des années des hémorrhagies suivies de pigmentations. L'érythème résulte de causes internes, s'accompagne de prurit et de cuisson ou de symptômes fébriles. Selon l'orateur le cas actuel n'est pas un érythème multiforme, puisque les manifestations polymorphes font défaut; mais il ne s'agit nullement d'une péliose rhumatismale.

M. Lang est d'avis que le diagnostic purpura ne signifie pas grand'chose, et croit qu'il serait bon, pour préciser le diagnostic, de faire appel à des points de vue nouveaux, tels que ceux présentés par les hémorrhagies

cutanées.

M. Neumann. — Il s'agit dans ce cas d'une forme mixte d'érythème et de purpura.

M. Kaposi. — La remarque de Long au sujet du diagnostic purpura est juste. En ce qui concerne les faits cités par Ehrmann, il ne peut se pro-

noncer, il ne les a pas vus.

Quand un malade a pendant 8 ans des hémorrhagies des jambes, il doit s'agir de purpura et non d'érythème. L'érythème a encore quelque chose de spécial : quand il se complique d'hémorrhagies, en général la tache ne s'étend pas (comme par exemple dans l'érythème varioleux); c'est ce qu'on observe dans l'érythème multiforme typique. Son diagnostic, eu égard à la localisation, la forme des taches hémorrhagiques et l'acuité du cas, est celui d'érythème multiforme avec hémorrhagies; il ne saurait dire si ces dernières ont une cause locale ou générale, mais le type du processus est celui de l'érythème.

M. Hebra. — Selon lui il s'agit ici d'un purpura simple; un examen attentif montre que les hémorrhagies sont localisées autour des follicules. Peut-être y a-t-il eu ici plusieurs causes occasionnelles pour le développement du purpura simple. Il a vu aussi quelquefois une série ininterrompue de petites hémorrhagies pendant des années, en pareil cas il se produisait une coloration jaune d'ocre et une légère desquamation.

M. Ehrmann n'a pas porté de diagnostic, il s'est borné à décrire le cas et à attribuer les hémorrhagies à la stase et à l'altération des vaisseaux résultant probablement de l'anémie et de l'état de faiblesse du malade. Pas plus qu'Hebra, il ne saurait voir là un cas de purpura rhumatismal. Le terme purpura ne constitue pas un diagnostic étiologique.

M. Neumann se prononce d'une manière catégorique en faveur d'un purpura rhumatismal, en raison de la localisation et de l'apparition aiguë des

lésions.

M clini trait sur pare çoit sont

I

SOI

du

foi

rec

pa

av

et

li li

#### Psoriasis.

M. Kaposi présente un jeune homme atteint de psoriasis, qui est à la clinique depuis 13 mois. Pendant cette période de temps, quelque fût le traitement employé, des pustules ont continué à se développer par centaines sur le corps. Les vaisseaux ne se contractent jamais, il reste toujours une parésie de ces derniers, comme dans le pemphigus. Actuellement on aperçoit de nouveau les pustules sur le cuir chevelu. Les organes internes sont normaux. Les cuisses sont infiltrées et couvertes de pustules.

A. Doyon.

#### NEW-YORK DERMATOLOGICAL SOCIETY

219º Séance.

Présidence du Dr Robinson.

#### Case for diagnosis.

Le Dr Fox présente un malade âgé de 45 ans, Irlandais, qui a, depuis son enfance, des lésions très particulières disséminées sur toute la surface du corps; elles sont formées par des plaques arrondies ou ovalaires, parfois rouges, modérément infiltrées, avec une bordure surélevée, parfois recouvertes de squames, parfois pigmentées, laissant après leur évolution la peau atrophiée; quelques-unes ont disparu spontanément. L'éruption n'est pas prurigineuse, et en hiver, elle semble s'aggraver. L'auteur n'a pas de diagnostic, et il ne semble pas que les dermatologistes présents aient pu en donner un.

#### Unusual case of papular syphilis:

Le Dr Fox présente une femme âgée de 64 ans, un peu cachectique d'aspect, qui porte sur la figure, le cou et les bras, de nombreuses lésions papuleuses, en partie disséminées, en partie groupées, çà et là annulaires avec un centre déprimé, pigmenté. Quelques-unes sont tout à fait lisses, et brillantes à leur sommet, et ressemblent assez aux éléments que l'on a décrits dras le lichen ruber obtusus. L'éruption de la face ressemble tout à fait à une syphilide, celle du cou au lichen planus. Presque tous les membres présents à la séance ont porté le diagnostic de syphilis.

#### Acné varioliformis.

Le Dr Allen présente un malade atteint d'acné varioliformis de Hebra. Il porte des cicatrices fort étendues, occupant tout le visage, les tempes, le menton, le cuir chevelu; on en trouve même quelques-unes au-dessous de la clavicule gauche. L'auteur croit que cette affection est purement parasitaire et n'a rien de constitutionnel. Il propose pour elle le nom de périfolliculite cratériforme. La médication qui lui a le mieux réussi est la pommade à l'ammoniate de mercure.

#### Lepothrix.

Le Dr Klotz présente des poils provenant de l'aisselle d'un homme traité pour une affection cutanée vulgaire; ces poils sont rouges, incrustés de sortes de nodules ne pénétrant pas la substance du poil, lequel offre cependant l'aspect de la trichorrhexis nodosa. L'auteur n'a pu trouver dans les ouvrages classiques de description se rapportant à cette lésion. (L'auteur a été induit en erreur : son malade était atteint de l'affection dénommée depuis longtemps lepothrix, combinée avec de la trichorrhexis nodosa; le lepothrix a été décrit par Paxton, par E. Wilson, par Hoffmann, Pick, Eberth, Babès, Balzer et Barthélemy, Patteson, et par moi-même dans mon ouvrage sur le traitement des maladies de la peau.)

# Therapeutics effects of thilanine and tumenol.

Le Dr Fox communique le résultat de ses recherches sur la thilanine et le tuménol. Malgré les bons effets observés par Saalfeld, il croit pouvoir dire que la thilanine est une substance qui n'a aucune utilité, sauf dans le lupus érythémateux. Le tuménol lui a paru excellent dans les eczémas aigus et chroniques très infiltrés, dans le psoriasis, contre le prurit; la meilleure préparation de cette substance est une huile que l'on peu employer pure ou mélangée à un excipient, sous forme de pommade.

L. B.

# 220th Regular Meeting.

# Erythema papulatum vel urticatum, figuratum, perstans et chronicum.

Le Dr Lutscarten présente un malade âgé de 21 ans qui, le 21 novembre 1891, reçut d'un cheval un coup violent sur la tête : on fut obligé de le trépaner. Le 11 janvier 1892 survint à la suite d'un léger mal de tête, de constipation et de troubles digestifs, une éruption qui peu à peu gagna tout le tronc et les extrémités inférieures. Les lésions affectaient la forme d'éléments annulaires, gyratés, avec des bords surélevés : elles persistaient des semaines et même des mois, puis elles disparaissaient en laissant des pigmentations, mais de nouveaux éléments se formaient constamment. Il n'y avait qu'un léger prurit et à peine quelques phénomènes subjectifs. Tous les médicaments internes et externes ont été employés sans résultats.

## Syphilitic nodes of the hyord bone.

Le D' Elliot fait sur ce sujet une communication qui a été analysée dans ce journal.

A propos de ce travail, le Dr Sherwell relate le cas d'un malade qu'il a soigné pour une ulcération intra-laryngée, et qui se plaignait de douleurs dysphagiques fort intenses dont l'affection laryngée ne pouvait donner l'explication. Tout disparut rapidement par la médication antisyphilitique: il est fort probable qu'il s'agissait aussi dans ce cas de lésions de l'os hyoïde.

éta fra br

ec:

L

pr

d'

da

Le

ait é

45 a

tiers

gau

L

sant

teus

sim

poit

env

mèi

con

L

Lor

L'e

der

fan

I

de

un

MUX

#### Case of Rhinoscleroma.

Le D' Jackson relate un cas de rhinosclérome, le premier, croit-il, qui ait été publié aux États-Unis. La malade est une Juive hongroise de 45 ans; la néoplasie existe chez elle depuis 18 ans; elle occupe les deux tiers de la lèvre supérieure, et envahit les ailes du nez surtout du côté gauche; elle marche avec une certaine rapidité depuis deux ans.

#### Erythema and purpura.

Le Dr Sherwell relate le cas d'une femme âgée de 34 ans, d'une bonne santé antérieure, qui, vers le milieu de septembre, après quelques légers symptômes généraux vit se développer chez elle une éruption érythémateuse du cou, de la face, puis du tronc; elle ressemblait d'abord à un simple érythème polymorphe. Peu à peu elle prit les caractères de l'érythème noueux avec un peu de purpura; quelque temps après il se forma sur la poitrine et ailleurs de larges plaques d'œdème circonscrit; ces éruptions envahirent ensuite les bras. Puis survinrent de la dyspnée, des phénomènes cardiaques, de l'œdème des jambes, et la malade finit par succomber avec de nombreuses plaques de purpura en divers points du corps.

#### Recurrence of scarlet fever.

Le D<sup>r</sup> Robinson relate un cas d'éruption des plus intenses de scarlatine, cinq mois après une première atteinte également sérieuse de cette affection. Lors de la rechute tous les symptômes classiques de la scarlatine existaient, y compris le mal de gorge, et pendant 48 heures il y eut de l'anurie. L'enfant eut des convulsions, du coma, une température de 105° Fahr. La dermatite fut assez intense pour que sur l'un des avant-bras il survint de nombreuses petites bulles et une large phlyctène au coude gauche. L'enfant guérit.

#### Dermatalgia,

Le Dr Ellior relate un cas de dermalgie qui a persisté pendant plus de quatre mois : il a débuté à la suite d'une attaque de rhumatisme chez un arthritique.

Les téguments des cuisses, depuis les plis inguinaux jusqu'aux genoux, étaient si sensibles que le moindre frôlement déterminait de vives souffrances: même à l'état de repos le malade éprouvait des sensations de brûlure dans la peau.

#### Mercurial treatment and diabetes.

Le Dr Morrow a traité un malade diabétique depuis 4 ou 5 ans pour un eczéma du prépuce et une balano-posthite intense avec bubons suppurés dans les deux aines; après la guérison du phimosis le malade contracta la syphilis et eut tout de suite une éruption syphilitique abondante. L'auteur institua le traitement mercuriel à petites doses en augmentant progressivement, jusqu'à 13 centigr. environ par jour de protoiodure d'hydrargyre. Le sucre pendant cette médication a beaucoup diminué dans les urines.

L. B.

# 221st Regular Meeting.

Présidence du Dr Elliot.

## Case for diagnosis.

Le Dr Bronson présente un cas de maladie du cuir chevelu chez une petite fille de 5 ans. L'histoire antérieure est inconnue. Lorsqu'elle se présenta à l'hôpital, le sommet de la tête dans presque toute son étendue était glabre, le cuir chevelu était rouge, lisse et déprimé comme s'il y avait eu un processus cicatriciel.

Vers les bords, les cheveux se montraient en touffes, séparés par des espaces glabres se prolongeant au milieu des régions pileuses. Tout autour de la plaque centrale se voyaient de nombreux nodules saillants : quelques-uns atteignaient le volume d'une noisette ; il y en avait qui donnaient une sensation de fluctuation, mais en les incisant on n'en faisait sortir que du sang ; d'autres étaient fort durs, comme cicatriciels. L'aspect général était celui d'un favus au stade atrophique ; mais l'examen microscopique n'a jamais permis d'y découvrir le moindre champignon. Les ganglions cervicaux étaient tuméfiés et durs. Les cheveux étaient bien adhérents, nulle part cassés.

Les Drs Fox, Sherwell et Elliot croient que c'est un cas de kerion celsi à la période de guérison; le Dr Jackson pense que c'est un ancien favus

## Case of mycosis fongoïdes.

Le  $\mathbf{D^r}$  Fox présente une femme âgée de 28 ans, atteinte de cette affection.

#### Case of lupus erythematosus.

Le D<sup>r</sup> Bronson présente une femme atteinte depuis longtemps de cette affection, et qui a autrefois été traitée par le D<sup>r</sup> Besnier. Le cas est remarquable à cause de la multiplicité des plaques et des symptômes nerveux qui accompagnent les poussées successives : les plaques sont situées sur le visage, le cou et les bras. Il pense que c'est un exemple de la variété disséminée décrite par Kaposi. La thilanine qu'il a essayée à l'instigation du D<sup>r</sup> Fox lui a d'abord donné quelques résultats, puis est restée inerte. L'emplâtre hydrargyrique lui a paru mieux agir.

## Case of syphilis of the tongue.

Le Dr S. Alexander présente un jeune homme de 31 ans, qui a eu il y a 8 ans un chancre induré; on commença le traitement immédiatement et les seuls symptômes secondaires qu'on observa furent quelques condylomes à l'anus; la médication fut suivie pendant un an avec quelques intermittences, puis arrêtée.

Il y a deux ans la langue commença à se fissurer, il se forma des plaques blanches à sa surface, et par moments il survint des ulcérations superficielles. Depuis que l'auteur soigne le malade par le mercure et l'iodure soit seuls, soit combinés, par des applications de nitrate acide de mercure, etc., il n'y a pas eu la moindre modification; les papilles sont

dou

I

mie dés

I

des

co

na no

for

et

ké

n

d

d

toujours hypertrophiées et saillantes, la langue est craquelée et couturée, douloureuse dès qu'il se produit une érosion. Le tabac et les aliments irritants augmentent les douleurs.

#### Case of so-called colloid milium of the face.

Le D<sup>r</sup> Fox présente un cas de cette affection : son travail a déjà été analysé. A ce propos le D<sup>r</sup> Elliot dit qu'il a examiné des préparations microscopiques provenant de ce cas et qu'il n'y a trouvé aucun indice de dégénérescence colloïde du derme.

Le microscope montre au contraire toutes les lésions de la tuberculose, des cellules géantes, agglomérées, constituant des nodules entourés par une rangée de petites cellules arrondies d'infiltration.

# Case of erythema circumscriptum planum et papillare in morbo cœruleo.

Le Dr Lutsgarten présente un enfant de dix ans atteint de malformation congénitale du cœur, probablement de rétrécissement de l'artère pulmonaire : il appelle l'attention de la Société sur une éruption composée de nombreux éléments rouges, légèrement surélevés, quelques-uns papilliformes, avec de petites hémorrhagies, qui se trouve disséminée sur le visage et sur le corps.

Par places, les lésions ont une certaine ressemblance avec l'angiokératome.

## Case of exfoliatio areata linguæ.

Le Dr Allen présente une jeune femme atteinte d'exfoliation en aire de la langue : elle a de plus un lupus pour lequel elle est traitée par les scarifications.

L. B.

222nd Regular Meeting.

Présidence du Dr Elliot.

#### Case for diagnosis.

Le D' Fordyce présente une jeune fille ayant à la face dorsale de la main une infiltration circonscrite datant de trois mois. Cette affection a une tendance marquée à s'étendre périphériquement, tandis qu'il se produit un tissu cicatriciel superficiel au centre. Sur les parties infiltrées il y a un peu d'hypertrophie papillaire et vers le bord de la plaque se voient de petits abcès. Sur la plaque tout entière il y a une sensibilité fort accentuée. L'opinion de presque tous les membres présents de la Société est qu'il s'agit d'un cas de tuberculose cutanée.

#### Case of Raynaud's disease.

Le Dr Sherwell présente une malade âgée de 45 ans, née de parents sains et elle-même fort bien portante jusqu'à sa 37° année. Les extrémités de tous ses doigts sont raccourcies et épaissies ; elle souffre beaucoup du froid et du contact de l'eau froide. Cet état morbide a commencé il y a environ sept ou huit ans par le pouce, l'index et le médius de la main

gauche; peu après l'autre main s'est prise symétriquement; enfin les orteils ont été envahis quoique à un moindre degré. Les lésions et les autres symptômes sont entièrement typiques, gonflement, pâleur, fourmillements, gangrène superficielle, etc... Il n'y a aucun antécédent de syphilis.

Cette communication a été le point de départ d'une discussion dans laquelle plusieurs dermatologistes, en particulier les Drs Klotz et Lutsgarten, ont insisté sur l'origine syphilitique probable par endartérite de semblables lésions.

#### Probable Case of acute circumscribed ædema.

Le Dr Cutlen présente un homme atteint de cette affection au côté droit du visage. Cette présentation est le point de départ d'une fort longue discussion.

Le Dr Lutsgarten dit qu'il a déjà observé plusieurs cas identiques sous le nom de pseudo-érysipèles. Cette affection est consécutive à une infection partant du nez. Cliniquement elle ressemble tout à fait à l'érysipèle vrai, mais les symptômes inflammatoires sont circonscrits au nez et aux régions voisines. Le processus récidive fréquemment et produit assez souvent de la pachydermie des régions atteintes.

Le Dr Bronson ne peut faire de ce cas un œdème circonscrit aigu, car dans cette dernière affection il n'y a pas de phénomènes inflammatoires tels que de la chaleur, de la rougeur et de la desquamation consécutive.

Les  $D^{rs}$  Bulkley, Klotz, Elliot sont du même avis que le  $D^r$  Lutsgarten.

Le Dr Taylon pense au contraire comme le Dr Cutler qu'il s'agit ici d'un cas d'œdème circonscrit tel qu'il a été décrit par Matas, Osler et d'autres auteurs.

# Case of bullous eruption of the hands.

Le Dr Piffard présente un malade atteint d'une éruption bulleuse aux mains, à propos duquel les membres de la Société émettent toutes les hypothèses possibles : variétés d'engelures (Morrow), variété de maladie de Duhring ou d'hydroa bulleux (Bronson, Klotz), erythema bullosum (Jackson), dermatitis venenata (Bulkley-Keyes), arsenical poisoning (Allen, Sherwell, Elliot) ; le Dr Piffard est plutôt de l'avis du Dr Morrow, il croit que l'affection est surtout produite par le froid ; elle a de la tendance à disparaître dès qu'il fait chaud.

L. B.

## SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX DE PARIS

Séance du 21 octobre 1892.

#### Un cas de tique dans l'espèce humaine.

MM. Desnos et Laboulbère ont observé une dame qui, après un séjour à la campagne, sentit à la partie supérieure de la jambe une légère dou-

lenr

tum

3 m

jour

M

Guy

toxi

aya

des

mus

mo

mei

bili

de

des

des

n

M

mai

par

den

rhu

le s

Su

leur avec sensation de prurit et qui présentait à ce niveau une petite tumeur rappelant le pendulum, du volume d'une tête d'épingle et de 3 millimètres de long; cette tumeur augmenta de volume pendant quelques jours puis le pédicule se rompit; elle renfermait un *Ixodes reduvius* femelle.

#### Séance du 4 novembre 1892.

## Lèpre systématisée nerveuse simulant la syringomyélie.

M. Chauffard présente un homme de 41 ans, ayant séjourné à la Guyane puis au Sénégal de 1872 à 1875, et ayant eu des symptômes d'intoxication saturnine, qui est atteint depuis 2 ans d'atrophie musculaire ayant débuté par la main gauche; actuellement, il a de l'atrophie des muscles des mains (type Aran-Duchenne), des avant-bras, des épaules, des sterno-mastoïdiens, des muscles dorso-lombaires, et de la parésie des muscles frontaux, releveur de la paupière supérieure et une légère ophtalmoplégie externe. Sur la face, le cou, la partie supérieure du tronc et les membres supérieurs dans toute leur étendue, abolition complète des sensibilités à la température et à la douleur avec conservation de la sensibilité actile; le nerf cubital est très hypertrophié, surtout à droite; pas de lésions cutanées. En raison du séjour du malade dans des pays lépreux, des troubles de la contractilité des muscles de la face et de la tuméfaction des nerfs cubitaux, M. Chauffard pense qu'il s'agit d'un cas de lèpre.

## Séance du 11 novembre 1892.

Œdèmes intermittents du scrotum et des extrémités se reproduisant depuis quinze ans chez un névropathe actuellement albuminurique.

M. Le Gendre présente un homme de 33 ans, qui est atteint depuis l'âge de 18 ans d'œdème occupant presque toujours symétriquement les deux mains et les avant-bras, ou les pieds et le bas des jambes, ou le scrotum, revenant à intervalles de plus en plus rapprochés, actuellement quatre fois par an; et persistant pendant 3 à 4 jours pour disparaître ensuite rapidement; l'œdème est assez ferme, élastique, comme les œdèmes dits rhumatismaux; jamais il n'y a eu d'œdème des paupières ni du visage; le gonsement ne s'accompagne généralement d'aucune douleur, le malade n'a jamais eu de manifestations rhumatismales, mais c'est un névropathe, très émotif; quoique le malade soit actuellement albuminurique, le système nerveux semble jouer le rôle prépondérant dans ces œdèmes.

#### Séance du 3 février 1893.

Sur quelques cas d'atrophie musculaire à marche progressive chez des syphilitiques; relations éventuelles de la syphilis avec l'évolution de la maladie; méningo-myélite vasculaire diffuse constatée à l'autopsie, dans un cas.

M. F. RAYMOND rapporte 2 observations d'atrophie musculaire à marche progressive chez des syphilitiques; dans un de ces cas, l'autopsie montra une méningo-myélite vasculaire diffuse, dans laquelle les lésions vascu-

laires ne présentaient aucun caractère spécifique et ne pouvaient être rapportées à la syphilis qu'en raison des commémoratifs; les éléments nerveux et en particulier les cellules ganglionnaires des cornes antérieures avaient subi des altérations considérables (diminution de nombre, atrophie, destruction plus ou moins complète, perte des réactions chromatiques) consécutives aux lésions vasculaires, néanmoins les tubes nerveux des racines antérieures avaient persisté en grande partie; les nerfs, relativement peu lésés, étaient plus altérés à la périphérie qu'au centre, en raison d'une névrite périphérique atrophique portant à la fois sur les nerfs moteurs et sur les nerfs sensitifs.

Il serait prématuré de tenter une théorie générale des amyotrophies; cependant, au nombre des causes infectieuses qui peuvent les produire, il semble qu'on doive placer la syphilis, laquelle agirait vraisemblablement par les toxines sécrétées par son agent pathogène.

M. Rendu cite l'observation d'un malade qui, après avoir présenté des signes de paralysie générale dont un traitement mercuriel vint à bout, fut pris d'atrophie musculaire à marche progressive ayant débuté par les muscles du cou et de l'épaule et terminée par des symptômes de paralysie labio-glosso-laryngée.

#### Séance du 24 février 1893.

#### Tuberculose gommeuse profonde de la langue.

M. Chauffard présente un homme âgé de 48 ans, vraisemblablement ancien syphilitique, atteint de tuberculose pulmonaire, dont la langue d'abord fortement tuméfiée et ligneuse dans son tiers antérieur, avait, à l'union du tiers moyen et du tiers antérieur, une saillie grosse comme une forte noisette, dure, et, à droite du sillon médian, une crevasse grisâtre, érosive. Sous l'influence du traitement ioduré à haute dose se produit une aggravation des lésions : le sillon médian devint le siège d'une longue fissure grisâtre irrégulière et comme ravinée, à bords granuleux, presque papillomateux, facilement saignants, décollés dans sa partie antérieure, se terminant en arrière par une sorte de cratère ; la tumeur dorsale perdit en grande partie sa dureté et sa forme hémisphérique; la muqueuse lisse et rosée du tiers antérieur de la langue présente un semis discret de points jaunâtres, miliaires ou submiliaires.

L'examen des produits de raclage a montré la présence du bacille de Koch, mais cette constatation perd de sa valeur par suite de la présence du bacille dans les crachats.

#### Séance du 3 mars 1893.

# Traitement des chéloïdes par les injections interstitielles d'huile créosotée.

M. P. Manie présente un homme atteint de chéloïde de la région sternale, chez lequel, après la reproduction de la tumeur enlevée au bistouri, il a fait dans la chéloïde des injections avec l'huile créosotée à 20 0/0: ces injections font gonfler et pâlir la chéloïde qui devient le siège d'une douleur fort supportable persistant pendant quelques heures; au bout

de 2 ou 3 jours, la tumeur devient violacée, une phlyctène se forme à sa surface et elle passe à l'état d'eschare sèche; il y a un véritable embaumement, sans aucune inflammation de la peau avoisinant la chéloïde. M. Marie a été amené à essayer ce traitement après avoir vu survenir, dans un cas de chéloïde traité par les scarifications, une éruption de tumeurs de même nature sur des points qui n'avaient été le siège d'aucune plaie ou cicatrice; il s'est demandé si cette éruption ne résultait pas de l'introduction dans le sang de l'agent infectieux chéloïdien au niveau des scarifications : il pense que les injections créosotées peuvent mettre à l'abri d'une semblable infection.

#### Séance du 24 mars 1893.

Érythème scarlatiniforme desquamatif prolongé avec chute incomplète des phanères pendant la convalescence d'une flèvre typhoïde. Coli-bacille dans les squames.

M. P. Le Gendre rapporte l'observation d'un homme de 20 ans qui fut pris, dans la convalescence d'une fièvre typhoïde, de fièvre avec température de 39° et chez lequel, 4 jours plus tard, se développa une éruption de petites taches arrondies assez confluentes sur la face, puis les bras, les membres inférieurs et enfin le ventre; en 7 jours ces taches devinrent confluentes, rappelant à s'y méprendre l'éruption de la scarlatine, mais sans qu'il se développât d'angine; la température resta pendant ce temps à 38°; au 10° jour, début de la desquamation à la face, en même temps que les plaques perdaient leur coloration rouge vif; squames épaisses à la face palmaire des mains ; urines légèrement albumineuses ; trois jours après le début de la desquamation, la température monte à 39,4 et il se produit une nouvelle éruption localisée au scrotum et au prépuce jusque-là respectés; les ongles secs et cassants sont creusés à leur bord adhérent d'un sillon profond; 8 jours plus tard, chute des cils de la paupière supérieure, la desquamation continue abondante, avec persistance d'une légère teinte rouge sur la face; puis au bout de quelques jours les sourcils et les cheveux s'arrachent à la moindre traction. Le malade s'affaiblit de plus en plus et meurt, 102 jours après le début de la fièvre typhoïde, avec des symptômes de lésions pulmonaires (abcès du lobe inférieur droit, début de tuberculose au sommet gauche).

L'examen bactériologique de squames recueillies à la partie supérieure du thorax y dénote la présence du coli-bacille, que l'on peut considérer comme accidentelle.

En l'absence de tout médicament ayant pu produire cet érythème, il semble qu'on doit le considérer comme le résultat d'une infection secondaire dont la porte d'entrée était peut-être l'ulcération intestinale, non encore cicatrisée au moment de la mort; l'existence de l'abcès pulmonaire est en faveur de l'origine infectieuse des phénomènes cutanés.

M. Rendu cite l'observation d'un homme de 50 ans pris d'érythème généralisé desquamatif et fébrile dans le cours d'une pyélo-néphrite d'un rein avec néphrite aiguë de l'autre rein; le malade avait pris de l'essence de térébenthine qui a pu ajouter son action à celle de la lésion rénale pour produire l'érythème.

Georges Thibierge.

# SOCIÉTÉ ANATOMIQUE DE PARIS

Séance du 4 novembre 1892.

# Syphilis du foie, laparotomie exploratrice, quérison.

M. Delbet rapporte l'observation d'un enfant de 28 mois, ayant eu il y a 10 mois « une éruption généralisée » qui céda à des lavages alcalins ; peu après perte de l'appétit, puis on constata que l'abdomen augmentait de volume : à la palpation, volumineuse tumeur, descendant depuis les côtes jusque dans la fosse iliaque droite, constituée par le lobe droit du foie hypertrophié: à l'ouverture de l'abdomen, la tumeur est formée par le foie lui-même, de teinte un peu pâle avec des marbrures violacées; on trouve du côté de l'hiatus de Winslow une masse volumineuse de ganglions hypertrophiés. et sous le péritoine pariétal, le long du bord externe du muscle droit, une série de nodosités ressemblant à des ganglions indurés; des ponctions dans le foie ne donnnent aucun résultat et la laparotomie reste purement exploratrice. Peu de jours après, l'enfant reprend l'appétit et la gaieté, ne tarde pas à engraisser, le foie diminue de volume; le médecin traitant n'acceptant pas le diagnostic de syphilis, on ne donne pas le traitement spécifique, au bout de 2 mois et demi le foie est revenu sous les fausses côtes; quelques jours après apparaissent 3 gommes, l'une sur le front. l'autre sur le cuir chevelu, pour lesquelles on recourt au traitement spécifique.

Séance du 25 novembre 1892.

# Traitement préventif de l'ankylose blennorrhagique par l'arthrotomie précoce.

M. P. Thiến présente un homme de 34 ans, chez lequel il a pratiqué l'arthrotomie pour une arthrite blennorrhagique du coude offrant déjà au bout de 18 jours une tendance manifeste à l'ankylose et accompagnée d'atrophie très marquée des muscles du bras; les cartilages étaient vascularisés, non érodés, toute la synoviale bourgeonnante, rouge cramoisi; après section de l'olécrâne et excision de la plus grande partie de la synoviale, celle-ci est écouvillonnée avec un tampon imbibé de chlorure de zinc à 1/20; les suites d'opération ont été normalement simples; dès le 6º jour on imprima des mouvements qui étaient peu douloureux; au bout de 6 semaines, l'extension est à peu près complète, la flexion dépasse très légèrement l'angle droit, la pronation est normale, la supination est encore un peu gênée, les muscles du bras ont recouvré leur consistance et leur volume normal.

Séance du 6 janvier 1893.

## Carle syphilitique des vertèbres cervicales avec pachyméningite syphilitique. Ostéo-périostite gommeuse du crâne. Périhépatite et gommes du foie.

M. Darier présente les pièces provenant de l'autopsie d'une femme de 52 ans, atteinte d'une syphilis remontant probablement à 25 ans; cette

femm frées au ni d'une côté sur l

imm

choi

mus odor volu guer corp en 2 vert mèr

rieu

est

par

sain con ger tite tiqu vid

> lés ph ép sio

Da:

d'i de pa du l'i

r

femme, d'aspect cachectique, portait sur le cuir chevelu des cicatrices gaufrées et déprimées, sur l'arcade sourcilière droite une ulcération profonde, au niveau de l'angle de la mâchoire à droite une tuméfaction du volume d'une noix, à la région cervicale une tuméfaction débordant de chaque côté les apophyses épineuses et recouvrant toutes les masses latérales, sur la clavicule droite et sur le tibia gauche des hyperostoses; la tête était immobile et fléchie en avant, céphalalgie très vive, constriction des mâchoires, paralysie du membre supérieur droit.

A l'autopsie, la tuméfaction cervicale a disparu : pas d'infiltration des muscles de la nuque, lésions osseuses portant surtout sur l'axis (apophyse odontoïde complètement détachée du corps de l'os), corps de l'os réduit de volume et transformé en un séquestre du volume d'une olive, grisâtre, rugueux, entouré de sanie purulente, apophyses transverses détachées du corps de l'os, articulations très altérées ; la 3º (rongée par l'ostéite, brisée en 2 parties inégales) et la 4º (destruction des 2/3 antérieurs de son corps) vertèbre cervicale, accessoirement sur l'atlas et la 5° vertèbre : duremère spinale très épaissie dans toute sa portion cervicale, avec dépôt sur sa surface externe de tissu assez friable, grisâtre, surtout sur la face antérieure et les faces latérales de la moelle ; la face interne de la dure-mère est absolument saine; compression des 2°, 3°, 4° et 5° paires cervicales par l'épaississement inflammatoire de la dure-mère ; la moelle paraît saine. Ulcération de la paroi postérieure du pharynx paraissant être la conséquence et non la cause de la lésion rachidienne, épaississement léger du tissu cellulaire rétro-pharyngien qui est lardacé, scléreux, Périostite gommeuse de la calotte crânienne avec poche fluctuante sous-périostique au niveau du frontal à gauche, et autres foyers d'ostéo-périostite vidés au dehors en divers points du crâne; la calotte crânienne dans son ensemble a une épaisseur supérieure à la moyenne; la dure-mère n'est pas plus adhérente qu'à l'ordinaire; elle est un peu congestionnée, pas de lésions des autres méninges ni de l'encéphale; nerf optique droit atrophié. Lobe droit du foie augmenté de volume, lobe gauche très atrophié; épaississement de la capsule de Glisson dans toute son étendue et dépressions cicatricielles; à la coupe, plusieurs gommes.

# Infiltration gommeuse massive de l'hémisphère cérébral gauche.

MM. KLIPPEL et PACTET présentent les pièces provenant de l'autopsie d'un homme de 33 ans, syphilitique depuis l'âge de 19 ans, qui présentait depuis plusieurs mois des troubles de la mémoire et des troubles de la parole constitués par un certain degré d'aphasie; léger degré de paralysie du membre supérieur droit, puis du membre inférieur droit, aboutissant à l'hémiplégie droite en quelques semaines, affaiblissement intellectuel de plus en plus prononcé.

A l'autopsie, infiltration de tout le lobe moyen de l'hémisphère cérébral gauche par une néoplasie qui double son volume et qui a subi la dégénérescence caséeuse à sa surface; au-dessous, le tissu morbide est infiltré de sérosité; çà et là processus vasculaire caractérisé par des hémorrhagies interstitielles et de l'encéphalite de voisinage; pas de lésions du bulbe, de la protubérance ni du mésocéphale; moelle épinière un peu con-

gestionnée avec coloration brunâtre des cordons de Goll et du faisceau pyramidal. Pas de lésions syphilitiques des viscères. Au microscope, lésions de sclérose au niveau de la masse morbide avec dégénérescence hyaline des vaisseaux du néoplasme; lésions diffuses d'encéphalite, telles qu'on les observe dans la paralysie générale et occupant non seulement les parties de l'hémisphère gauche adjacentes à la tumeur qui à l'œil nu paraissaient saines, mais encore, quoique à un moindre degré, le lobe frontal gauche et l'hémisphère droit.

Séance du 27 janvier 1893.

# Tumeurs épithéliales de la peau.

M. Connil présente les coupes d'un nævus pigmenté sur lequel s'était développé un petit épithélioma; la tumeur qui s'est développée aux dépens du corps muqueux de Malpighi ne renferme pas de pigment, quoiqu'on trouve celui-ci dans les couches épidermiques, dans les vaisseaux et le tissu conjonctif des papilles; il ne faudrait pas, ajoute-t-il, affirmer que le néoplasme n'aurait jamais renfermé de pigment, car celui-ci fait défaut dans les parties jeunes des tumeurs mélaniques.

Il présente en outre les coupes d'un épithéliome mélanique, volumineux, espèce rare, car les tumeurs mélaniques sont généralement des sarcomes; il n'y a pas de globes épidermiques; certaines cellules épithéliales renferment des granulations pigmentaires, en très grand nombre dans quelques cellules; le tissu conjonctif de la tumeur renferme aussi du pigment.

Séance du 24 février 1893.

# Molluscum de la grande lèvre ayant subi un commencement de sphacèle.

M. Orrillard présente une tumeur de molluscum du volume d'une orange (22 centimètres de circonférence) qui s'insérait par un pédicule de 10 centimètres de longueur sur la grande lèvre gauche chez une jeune fille vierge de 27 ans; la tumeur s'était développée il y a 6 ou 7 ans et était depuis 3 semaines le siège d'une plaque de sphacèle, large au début comme une pièce de 50 centimes, occupant sa partie inférieure; le sphacèle s'était élargi et avait atteint la largeur d'une pièce de 5 francs, et une épaisseur de 1 centimètre et demi. Le sphacèle pouvait être attribué à ce fait que la malade était depuis plusieurs semaines obligée de rester 12 heures debout et de monter et descendre constamment des escaliers. L'examen histologique a montré que la tumeur était formée de fibres conjonctives et que les vaisseaux étaient excessivement nombreux et tous perméables.

Séance du 17 mars 1893.

### Tumeur mélanique de la peau.

M. Corne présente les coupes d'une tumeur mélanique de la face, au début de son évolution, à l'intérieur de laquelle on voyait, sous l'épithélium, trois points noirs du volume d'une tête d'épingle. Au microscope, l'épiderme est un peu aminci, le corps papillaire normal, on voit dans la

tur

pa

on

qu

tér

nie

tat

M

5'6

es lu

de

de

er

pa

ra

la da

ne

tr

ľ

n

li

c

d

i

tumeur des cylindres régulièrement disposés, anastomosés ou terminés par des extrémités arrondies, d'épithélioma pavimenteux. A la périphérie on remarque des follicules pileux et des glandes sébacées. Il est probable que cette tumeur s'est développée aux dépens des follicules pileux. L'intérêt de cette pièce est sa nature épithéliomateuse, car les tumeurs mélaniques de la peau sont ordinairement des sarcomes. De plus, la pigmentation est disposée sur le même modèle que dans le corps muqueux de Malpighi, ce qui tendrait à faire croire que le pigment n'a pas été amené par les cellules migratrices comme dans beaucoup de tumeurs, mais qu'il s'est développé dans les cellules épidermiques elles-mêmes; cependant il est possible qu'un certain nombre de cellules pigmentées soient des cellules migratrices.

# Séance du 24 mars 1893.

## Épithélioma de la verge généralisé.

M. DURANTE présente les pièces de l'autopsie d'un sujet de 56 ans, mort de généralisation cancéreuse. A l'entrée à l'hôpital, le malade présentait des signes de lésions pleuro-pulmonaires, sans cachexie; la verge était envahie par un volumineux néoplasme; le prépuce qui, au premier abord, paraissait avoir disparu, était ratatiné en forme de bourrelet dur et enserrant la base du gland, lequel s'était transformé en une masse dure, irrégulière, bosselée, non ulcérée; le scrotum était très épais, de consistance lardacée, les bourses œdématiées, dures et plus volumineuses que le poing; dans les aines, de chaque côté, ganglions fluctuants, gros comme une noix, recouverts d'une peau enflammée, rouge, œdématiée; depuis plusieurs années, le malade rendait du sang par l'urêthre, en dehors de la miction, mais il n'avait jamais eu ni d'incontinence ni de rétention d'urine. Mort

trois jours après le début des troubles dyspnéiques.

A l'autopsie, épanchement dans la plèvre droite qui présente des nodosités blanc grisâtre à sa surface. Adhérences avec épaississement de la plèvre gauche, bronchite et congestion des deux poumons sans pneumonie ni broncho-pneumonie ; à la coupe de la verge, on constate que l'urèthre est envahi par le néoplasme jusqu'à la racine du corps caverneux. A l'examen histologique, le revêtement épithélial de l'urèthre a disparu, la muqueuse et la sous-muqueuse sont infiltrées par des cellules épithéliales polygonales : à la partie moyenne du gland, quelques papilles du revêtement balanique sont notablement augmentées de longueur, mais leurs limites sont nettes; au niveau de la couronne du gland, les traînées cancéreuses s'étendent plus loin que la sous-muqueuse uréthrale, envahissent en partie le tissu caverneux et s'infiltrent dans les lymphatiques; dans toutes les parties envahies, les traînées et les noyaux néoplasiques sont entourés de cellules rondes et les vaisseaux présentent un manchon inflammatoire partout où les éléments cancéreux se rapprochent de la périphérie; le revêtement épithélial du gland, normal dans les autres points, s'hypertrophie, s'épaissit, les papilles s'allongent, mais restent toujours nettement séparées du tissu avoisinant par leur membrane basale; à la racine des bourses où la peau est infiltrée mais saine à la surface, on retrouve encore dans le tissu cellulaire sous-cutané des flots et des traînées cancéreuses, et les papilles sont hypertrophiées, mais elles ne communiquent en aucun point avec les éléments néoplasiques. L'examen histologique montre des traînées de lymphangite cancéreuse.

# Anévrysme syphilitique de l'aorte.

M. Martin-Dura présente un anévrysme de l'aorte avec insuffisance aortique, provenant d'un homme de 67 ans qui avait contracté la syphilis à 33 ans ; il y a une première poche du volume des deux poings, correspondant à la portion ascendante, puis un collet au niveau de la sous-clavière et une deuxième poche fusiforme, au niveau de la portion descendante, s'étendant jusqu'au diaphragme.

M. LETULLE pense que la syphilis peut seule donner des dilatations aortiques aussi considérables sans rupture.

# COLLÈGE DES MÉDECINS DE VIENNE (1)

Séance du 6 février 1893.

# Anatomie pathologique et symptômes de la prostatite blennorrhagique chronique.

M. E. Finger a eu l'occasion, dans l'Institut du professeur Weichselbaum, de faire des recherches anatomiques dans 12 cas d'uréthrite postérieure 'chronique. Ces cas étaient caractérisés à l'œil nu par le relâchement de la muqueuse de la partie postérieure et la formation d'excroissances papillaires, par le trouble et l'épaississement de l'épithélium de l'urèthre, l'augmentation du verumontanum avec cicatrices. La sécrétion prostatique était normale dans six cas, dans les six autres elle était très épaisse et d'une coloration tout à fait blanc laiteux. Dans trois de ces cas on ne trouva au microscope que de nombreuses cellules épithéliales, dans trois autres il y avait en outre une grande quantité de corpuscules de pus. Mais le point le plus intéressant concernait les altérations du verumontanum, les canaux éjaculateurs, les glandes de la prostate. Le verumontanum était le siège d'une inflammation chronique qui avait envahi les couches supérieures du tissu conjonctif sous-épithélial. Cette inflammation avait déterminé: 1º une infiltration de petites cellules; 2º la formation de tissu conjonctif et de callosités. Dans un cas il s'était produit sur le verumontanum une nécrose des couches supérieures de l'infiltrat. Dans quatre cas Finger constata sur le verumontanum des indurations partielles, dont une cicatrice située latéralement pénétrait profondément dans le tissu, elle fermait le canal éjaculateur du côté gauche et contenait encore des débris d'éléments glandulaires; elle provenait sans doute d'un abcès folliculaire développé à la période aiguë de la blennorrhagie. Dans trois autres cas les callosités étaient ombiliquées ou en forme de traînées. Il faut rapporter ces callosités à une nécrose partielle de l'infiltrat à petites cellules. L'auteur a trouvé des lésions analogues au niveau des canaux éjaculateurs.

Les lésions dans ces cas peuvent se produire de deux manières : l'orifice

(1) D'après la Wiener med. Presse.

est

011

der a p

ser

rer

aus

for gla

891

pr

ci

qı

ca

te

9

est rétréci ou oblitéré par l'infiltrat qui a son siège sur le verumontanum, ou par des callosités, ou bien l'inflammation peut se propager en profondeur le long des canaux éjaculateurs ; leurs parois sont envahies, ainsi qu'il a pu le constater dans six cas. Ces lésions des canaux éjaculateurs présentent aussi deux périodes : infiltration de petites cellules avec rétrécissement des canaux, néoformation de tissu conjonctif et indurations qui rendent les parois dures et rigides.

Quand le processus imflammatoire a atteint la prostate il se produit ici aussi une infiltration périglandulaire de petites cellules, qui, par sa transformation en tissu conjonctif et sa rétraction, amène la destruction de la

elande

Les modifications de l'épithélium de la prostate sont plus importantes et plus fréquentes que ces lésions périglandulaires, elles peuvent survenir sans être précédées de ces dernières. Il faut distinguer ici deux groupes de cas; dans l'un il s'agit uniquement de prolifération et de desquamation de l'épithélium glandulaire. Ce sont ces trois cas cités plus haut dans lesquels la sécrétion prostatique était épaisse, blanc laiteux, avec nombreux éléments épithéliaux. Dans trois autres cas il y avait dans la sécrétion prostatique, outre de nombreuses cellules épithéliales, des corpuscules de pus en proportion plus ou moins grande. La prostate peut donc participerau processus blennorrhagique de deux manières, soit par maladie périglandulaire, soit par des modifications endoglandulaires indépendantes qui se traduisent sous forme d'un catarrhe purement desquamatif ou d'un catarrhe desquamatif et purulent. Par conséquent le processus inflammatoire chronique de la partie postérieure peut, dans une série de cas, rester limité à la muqueuse, dans une autre envahir la prostate où il détermine des modifications considérables. A. Doyon.

# SOCIÉTÉ DE MÉDECINE DE BUDAPEST (1).

Séance du 7 janvier 1893.

### L'Homme peau (Der Hautmensch).

M. Schwimmer présente un jeune homme de 20 ans, atteint de cutis laxa. La peau est lisse, veloutée, et peut être soulevée sur tout le corps — à l'exception de celle des oreilles et de la calotte aponévrotique — en plis volumineux semblables à du caoutchouc. Avec la peau du front il peut recouvrir ses yeux, soulever celle de la face en replis si considérables qu'elle ressemble alors aux ailes d'une chauve-souris. Il s'agit d'ailleurs d'un individu bien développé, dont la santé a toujours été bonne. Ce n'est qu'il y a quelques années qu'il s'est aperçu de cet état particulier de sa peau. L'examen microscopique a montré que la couche cornée et la couche de Malpighi, ainsi que les papilles étaient normales. Au-dessous des papilles il existe une couche homogène semblable à de la saumure; l'implantation des poils est normale, les ongles n'ont pas été examinés. Pas d'hérédité. Ce jeune homme n'ayant jamais eu de maladies de la peau, il faut admettre qu'il est né avec cette anomalie qui se serait développée pendant la vie embryonnaire. A. Doyox.

(1) D'après la Wiener mediz. Wochenschrift.

# REVUE DES PUBLICATIONS PÉRIODIQUES

## REVUE DE VÉNÉRÉOLOGIE

Blennorrhagie. — G. Horwitz. Ein Beitrag zur Gonoccenmetastase. (Wiener klin. Wochenschrift, 1893, p. 59.) Service du professeur Lang.

Dans le cas observé par l'auteur, il s'agit d'un jeune homme de 27 ans. Voici en quelques mots l'histoire de ce malade.

Première blennorrhagie, il y a 6 ans, qui guérit au bout de 3 semaines. Actuellement, il a contracté, il y a environ un an, une nouvelle blennorrhagie; jusqu'à ce jour, pas de traitement. L'urine, recueillie dans trois verres, est trouble dans le premier, claire dans le deuxième, trouble dans le troisième. A l'examen microscopique de la sécrétion uréthrale, on trouve de nombreuses cellules rondes, polynucléaires, des Mastzellen, des cellules épithéliales, des cocci du pus, de rares gonocoques, les uns libres, les autres en amas dans les cellules de pus.

Le 21 septembre, le malade se plaint de douleurs sur la face dorsale du métacarpe du côté gauche. Au niveau du tendon de l'index, il existe un infiltrat inflammatoire, la peau est un peu rouge, les mouvements du doigt sont sensibles, l'articulation métacarpo-phalangienne est intacte. Au-dessus de l'infiltrat, cicatrice linéaire, visiblement très ancienne, elle résulterait d'une coupure remontant à 12 ans.

Au bout de 15 à 20 jours, on constate que l'infiltrat de la main s'est transformé en un petit abcès : incision, puis raclage avec la curette. Au toucher, il s'agit d'une cavité lisse sous-cutanée, qui est remplie d'un pus grumeleux sanguinolent. On ne peut trouver de communication entre l'abcès et la gaine tendineuse ou l'articulation.

Dans le pus de l'abcès, examiné par le professeur Paltauf, il y avait, dans quelques cellules de pus, la plupart augmentées de volume, ainsi que dans les cellules pourvues d'un noyau, des gonocoques assez souvent isolés, ou en groupes de 6 à 8, et même plus; la plupart, tout à fait typiques comme grosseur et comme forme; quelques-uns sont de forme ovale, se touchant par le côté le plus long. On rencontre également des corps colorés en bleu, nettement limités, qui correspondraient comme grosseur à un diplocoque, sans qu'il soit cependant possible de voir une division quelconque. Ces éléments ont une coloration plus claire, tanis que les cocci présentent une teinte très foncée, comme c'est le cas pour les gonocoques. Souvent, il n'est pas possible, puisque les contours des cellules ne sont pas conservés, de constater la disposition intra-cellulaire de certains groupes, même de quelques diplocoques.

Les diplocoques trouvés concordent sous les rapports avec le gonocoque de Neisser; cette identité du reste fut confirmée par des cultures faites d'après le procédé de Wertheim.

A. Doyon. Du

Au

les c testa uréth

morl thre

rhag

men

87 p

Po

Ses

diffé

Po

L

L

S

urin

tion

lem

seri

s'éc

l'ur

rha

min

l'éta

dan

d'a

dar

pos

par

len

par

ne

de

I

0

DIND. Klinischer Beitrag zur Urethral blennorrhagie. (Therapeutische Monatshefte, n° 3, 1894.)

Au nombre des questions concernant la blennorrhagie sur lesquelles les cliniciens ne sont pas d'accord, une des plus importantes est inconestablement l'étendue qu'occupe le processus morbide sur la muqueuse uréthrale. D'après quelques auteurs (Guyon, Jamin, Jullien) le processus morbide ne dépasse en général jamais la limite la plus extérieure de l'urèthre antérieur; il s'éteint dans la région bulbaire de l'urèthre. D'après Jamin on n'observerait l'uréthrite postérieure dans le cours de la blennorrhagie que dans 15 à 20 p. 100 des cas: Guyon sur 103 cas ne l'a rencontrée que 29 fois. D'autres spécialistes soutiennent une opinion diamétralement opposée. D'après Jadassohn l'urèthre postérieur serait affecté dans 87 p. 100 des cas.

Pour élucider cette question l'auteur a fait de nombreuses recherches.

Ses statistiques ne portent que sur des malades d'hôpital.

Pour assurer le diagnostic d'uréthrite postérieure, on peut y arriver par différents procédés :

La preuve des deux verres ;

L'examen avec des bougies à boule ;

Le lavage 'de l'urèthre antérieur avec émission consécutive d'urine.

Selon l'auteur, les deux premières méthodes ne donnent pas de résultats précis.

Voici le procédé qu'il a employé; le malade doit avoir soin de ne pas uriner pendant plusieurs heures (3-4-6 heures), de façon à ce que la sécrétion s'accumule sur la muqueuse uréthrale, l'auteur examine alors si l'écoulement apparaît ou non au méat, il fait une irrigation avec une grosse seringue (100 à 150 gr.) dans l'urèthre antérieur et examine le liquide qui s'écoule. On peut par là connaître exactement l'état de la muqueuse de l'urèthre antérieur relativement à sa sécrétion (pus, filaments blennor-rhagiques). Après cet examen le malade urine dans un verre et, en examinant le contenu d'après le même point de vue, on se rendra compte de l'état de l'urèthre postérieur. S'il existe une cystite on trouvera du pus non dans le premier, mais principalement dans le dernier verre.

Cette méthode d'examen de l'urêthre postérieur (qui n'exclut nullement d'autres recherches) donne de bons résultats; elle est toutefois insuffisante

dans quelques cas, d'ailleurs rares.

L'auteur l'a employée dans 88 cas, dans lesquels il n'a trouvé l'urèthre postérieur absolument intact, pendant tout le cours de la blennorrhagie, que dans 6 cas.

Comme traitement, Dind a employé le salol à l'intérieur à la dose de 7 gr. par jour ; dans 28 cas le résultat a été absolument nul, dans trois cas seu-

lement il y eut une légère diminution de l'écoulement.

En injections, l'auteur s'est servi de permanganate de potasse ; deux fois par jour on faisait des injections avec des solutions chaudes (45°) à 1 pour 5000; les résultats ne furent pas satisfaisants. On ne saurait s'en étonner si l'on tient compte que selon l'auteur l'uréthrite postérieure existe presque toujours et n'est nullement modifiée par le traitement cidessus, qui n'agit que sur l'urèthre antérieur.

A. Doyon.

Épididymite blennorrhagique. — G. Ugнетто. Della cura della epididimite blenorragica colle iniezioni parenchimale nell' organo di soluzione antisettiche (sublimato, acido fenico, iodio). (Il Morgagni, novembre 1892, р. 653.)

L'auteur a traité, à la clinique de R. Campana, 10 cas d'épididymite blennorrhagique par les injections intra-épididymaires de liquides antiseptiques (5 fois l'acide phénique à 2,5 0/0, 4 fois le sublimé à 1 0/00, 1 fois la teinture d'iode additionnée d'un égal volume de glycérine) répétées généralement tous les deux jours, en même temps que le malade était soumis aux injections intra-uréthrales et, dans plusieurs cas, aux applications de collodion ou de teinture d'iode. Ces injections n'ont généralement pas été très douloureuses, elles n'ont causé qu'une fois un abcès dù à une antisepsie insuffisante de la seringue et ont abrégé la durée de la maladie qui a été réduite, en moyenne, à 17 jours. La teinture d'iode paraît indiquée dans les cas où l'épididymite est déjà ancienne et affecte une marche lente avec résolution difficile; l'acide phénique agit assez activement, mais le sublimé paraît mériter la préférence.

GEORGES THIBIERGE.

me

der

rét

bu

tai

ne

po

pi

re

de

a

te

tr

la

Ps

Bubons. — WILLIAM R. Otts. The treatment of suppurating buboes by injections of iodoform ointment. (Journal of cutaneous and genito-urinary diseases, mai 1893, p. 174.)

On commence par aseptiser la peau dans toute la région en la savonnant, puis en la lavant à l'éther sulfurique et au sublimé au 1000°. On introduit ensuite un étroit bistouri dans la cavité de l'abcès et on le vide avec soin ; on lave la poche avec une solution de sublimé au 1000°, puis on la remplit immédiatement avec un onguent iodoformé chaud à 10 0/0, en prenant garde de ne pas porter le mélange à une chalcur suffisante pour le décomposer. Au moment où on termine l'injection on applique sur l'orifice une compresse imbibée de solution de sublimé froide pour soli-difier la pommade à l'ouverture de l'abcès et l'empêcher de s'écouler au dehors. On applique ensuite de la gaze au sublimé, de l'ouate et un spica. Au bout de 4 jours, si tout va bien, on se contente de réappliquer le pansement. S'il y a au contraire quelque indice de réaction inflammatoire, on lave soigneusement le foyer et l'on répète l'injection.

### REVUE DE SYPHILIGRAPHIE

Syphilide pigmentaire. — R.-W. TAYLOR. The pigmentary syphilide. (The New-York medical Journal, 18 février 1893, p. 177.)

L'auteur pose en fait que l'on doit réserver le nom de syphilide pigmentaire à une manifestation particulière, primitive, de la syphilis, bien distincte des pigmentations consécutives à d'autres lésions spécifiques. Les anomalies pigmentaires primitives qui dépendent de la syphilis consistent essentiellement en une hyperchromie et elles peuvent revêtir trois aspects: le la forme de plaques ou de taches de grandeurs variables; 20 une pigmentation diffuse d'une intensité plus ou moins grande et qui tôt ou tard devient le siège de modifications leucodermiques sous forme de petites taches qui peu à peu augmentent d'étendue : c'est la syphilide pigmentaire rétiforme, la syphilide pigmentaire à dentelles de Fournier; 3° une distribution anormale du pigment cutané, telle qu'il semble se retirer de certaines places pour se porter en d'autres, de telle sorte que les unes deviennent plus blanches, les autres plus foncées, et l'ensemble prend un aspect pommelé. Dans cette variété il n'y a probablement pas excès de pigment, mais inégalité de sa distribution : l'auteur lui donne le nom de syphilide pigmentaire marmoréenne (marmoraceous pigmentary syphilide) ; elle est rare, et passe fréquemment inaperçue en raison de la délicatesse des différences de teintes.

La première variété ou syphilide pigmentaire sous forme de plaques ou de taches, consiste en plaques arrondies, ovalaires ou irrégulières pouvant avoir des bords nettement arrêtés, ou bien dentelés et déchiquetés. Leur teinte varie du café au lait clair au brun plus foncé. La pression et les troubles de la circulation ne les modifient pas. Il est assez fréquent de voir la pigmentation fort inégalement distribuée : parfois c'est vers les bords qu'elle est le plus accentuée. D'ordinaire la peau située au milieu des pigmentations est normale, bien que parfois par une illusion d'optique elle paraisse plus blanche que les téguments sains. Cette lésion peut persister sans aucun changement pendant des mois, surtout en hiver; peu à peu elle tend à s'effacer et à disparaître lentement. Le processus de régression peut débuter par les bords et gagner peu à peu vers le centre, ou bien se produire uniformément sur toute l'étendue de la lésion. Parfois après disparition de la pigmentation il reste quelques plaques absolument décolorées; il se produit alors une leucodermie secondaire : aussi est-il facile de comprendre qu'un observateur qui ne verrait le malade qu'à cette période pourrait arriver à cette conclusion que le processus morbide est de nature atrophique.

La deuxième forme de syphilide pigmentaire, la syphilide pigmentaire en dentelle ou rétiforme est beaucoup plus fréquente que la précédente. Ses sièges d'élection sont les parties latérales et même postérieures du cou; de là elle peut gagner le tronc et les bras. L'auteur ne l'a jamais observée à la face : il la décrit dans tous ses aspects et dans sa lente évolution. Il ne peut comprendre comment on a pu soutenir que cette syphilide pigmentaire était toujours consécutive à une autre éruption syphilitique antérieure. Il cite un fait absolument démonstratif à cet égard et qui prouve que cette lésion peut se développer primitivement.

La troisième forme de syphilide pigmentaire est de beaucoup la moins fréquente. Elle se développe fort lentement sans la moindre réaction inflammatoire, et il n'y a que peu ou point d'hyperpigmentation. La peau devient blanche par plaques de dimensions et de formes fort irrégulières, tandis que leurs bords qui sont mal accentués sont plus foncés que les téguments normaux. On dirait donc qu'il y a un déplacement de pigment donnant à l'ensemble de la lésion l'aspect de certaines variétés de marbre. L'auteur a toujours vu cette forme sur les parties latérales du cou et elle s'y localise. On ne peut l'observer que chez les personnes à peau fort déli-

cate, et il faut la chercher avec soin pour la trouver. Elle disparaît lentement en laissant à la peau sa coloration normale.

L'auteur analyse ensuite les recherches anatomo-pathologiques de Maieff, et il conclut que la syphilide pigmentaire est bien nettement une hyperpigmentation spécifique, et que les modifications leucodermiques ultérieures sont de nature dégénérative et secondaire. Aussi est-il, d'après lui, illogique et incorrect d'appeler cette affection leucodermie ou vitiligo syphilitique.

L. B.

Mercure (absorption du). — Welander. Untersuchungen über die Absorption und die Elimination des Quecksilbers bei der unter verschiedenen Verhältnissen ausgeführten Einreibungscur. (Archiv. f. Dermatologie u. Syphilis, 1893, p. 39.)

L'auteur s'est servi dans ses recherches de la méthode d'Alméus.

Il ressort de son travail que les matières qui entrent dans la préparation de la pommade mercurielle (différentes espèces de graisse, lanoline, savon) n'ont pas d'influence appréciable; il en est de même de la manière dont on fait la friction, avec la main, un gant, un marteau de verre, etc.; L'auteur a examiné un grand nombre de malades qui avaient été dans différents établissements de bains, bains ordinaires, bains chauds, de vapeur, d'air chaud, de boue, bains sulfureux, salés, bains de mer froids, etc. il n'a pas trouvé de différence quant à l'absorption du mercure. Aussi croit-il que la composition du bain n'a qu'une importance assez secondaire pour l'absorption du mercure durant la cure de frictions.

Les frictions de pommade mercurielle déterminent à travers la peau une absorption considérable de mercure.

Si on frictionne la peau avec une pommade mercurielle il se produit à une température convenable (par exemple chaleur modérée du lit) une évaporation du mercure qui est absorbée en grande quantité par la peau et les poumons.

Si on compare la quantité de mercure absorbée avec la simple onction relativement à celle résultant des frictions, on voit que dans le premier cas il s'absorbe constamment plus de mercure que dans le second.

Il en résulte qu'il faut avec l'emploi de la cure de frictions, si on désire obtenir une action énergique, ne pas se contenter de prescrire une quantité déterminée de pommade mercurielle, mais il est nécessaire de lemployer à dose assez élevée pour qu'il en reste une certaine quantité sur la peau. Il faut avoir soin de ne pas enlever cette couche de pommade par le lavage, car c'est précisément à sa présence qu'est due l'absorption très considérable du mercure. Si dans la plupart des cas (par exemple les établissements de bains) on emploie une si grande quantité d'onguent mercuriel, c'est dans le but d'en laisser après la friction une proportion plus ou moins forte sur la peau. Ce mode de traitement explique, — bien que les conditions externes dans lesquelles se pratique la cure de frictions soient tout à fait différentes dans les divers établissements, — pourquoi il donne cependant presque toujours un résultat si satisfaisant que la plupart des auteurs le regardent comme une de nos méthodes de traitement particulièrement énergique, peut-être même comme la plus énergique.

A. Doyon.

da

œı

pa ta

m

c'

er

SI

S

u

# REVUE DES LIVRES

A system of genito-urinary diseases, syphilology and dermatology, by various authors, edited by Prince A. Morrow, with illustrations, in three volumes. T. I. Maladies des organes génito-urinaires, in-8°, 1074 pages New-York, Appleton, 1893.

La rapidité avec laquelle marche la science, la difficulté de plus en plus grande, au milieu du tourbillon dans lequel chaque jour on se trouve davantage entraîné, d'entreprendre et de mener seul à bonne fin une œuvre de longue haleine, suscite de divers côtés l'apparition de traités de pathologie dus à la collaboration de plusieurs personnes, chacune traitant avec sa compétence particulière le sujet habituel de ses études. Le succès qui a accueilli en France le Traité de chirurgie et le Traité de médecine et d'autres publications similaires indique la voie à suivre : c'est le seul moyen d'ailleurs de faire vite et bien, et de pouvoir publier en quelques mois ou en deux ou trois années, c'est-à-dire, en actualité, des ouvrages importants que la vie tout entière d'un seul auteur n'aurait pas suffi à mettre sur pied, et qui ont tout au moins le désavantage, alors même qu'ils finissent par se compléter, que le commencement, écrit de nombreuses années auparavant, n'a plus de rapport réel avec la fin. Mais jusqu'à présent ces traités en collaboration embrassaient la médecine ou la chirurgie tout entières : voici maintenant que le même système va être appliqué à une branche seulement de la pathologie. Notre distingué confrère, M. Prince A. Morrow, entreprend la publication en trois gros volumes, avec le concours de nombreux collaborateurs dont les noms seuls sont une garantie de l'excellence de l'œuvre, d'un traité de dermatologie et de syphiligraphie dont le premier volume vient de paraître. Ce volume est consacré à l'étude des maladies des voies urinaires, non pas seulement de la gonorrhée, mais aussi des affections non vénériennes des testicules, de la prostate, de la vessie et du rein, dont l'étude spéciale, dans nos habitudes françaises, est rejetée des traités consacrés aux maladies vénériennes. Cela explique l'étendue considérable de ce premier volume qui, au point de vue de notre spécialité proprement dite, ne comprend guère que la blennorrhagie. L'étude en est fort complète ; l'étiologie, la blennorrhagie aiguë et chronique, l'endoscopie, l'ophtalmie et le rhumatisme blennorrhagique forment autant de chapitres séparés, dus à MM. Lutsgarten, Emerson Brewer, William Otis, Hermann Klotz, Joseph Andrews et Frank Hartley; la blennorrhagie chez la femme a été décrite par M. Andrew Currier. Il est impossible d'analyser en détail un pareil livre, mais nous louerons sans réserve la façon dont il a été compris et exécuté avec ce luxe de typographie et d'illustrations en noir et en couleurs auquel nous ont habitué les éditeurs américains.

Nous attendons l'apparition des deux volumes suivants réservés à la dermatologie et à la syphiligraphie, et ce n'est pas sans regret que nous constatons que, malgré les projets qui en ont été formés, un compendium de ce genre manque encore dans notre langue.

H. Feulard.

A. Marianelli. — Achorion Schonleinii, morfologia, biologia e clinica. (Tesa di Libera Docenza). 1 broch. in-8° de 56 pages. Pise. Typographie Peraccini, 1892.

Cette intéressante thèse est basée sur l'étude de 172 cas de favus (dont les lésions siégeaient 161 fois au cuir chevelu, 8 fois sur le reste du corps, 8 fois aux ongles) observés dans le service du professeur Celso Pellizzari.

Sur 29 de ces malades dont 12 présentaient simultanément plusieurs localisations du favus, l'auteur a prélevé le matériel qui a servi à ses recherches microscopiques et à ses cultures.

Les cultures ont été faites dans le bouillon peptonisé, sur l'agar peptonisé, additionné de sucre ou de glycérine, sur le sérum sanguin coagulé.

Marianelli a constaté dans tous les cas la présence d'un seul et unique champignon,

Les colonies observées sur les cultures étaient généralement identiques et d'autant plus abondantes que la substance pathologique était moins diluée; il y avait cependant quelques différences dans les dimensions des colonies, mais ces différences répondaient seulement à des degrés différents dans le développement et disparaissaient en reportant les colonies sur un autre milieu de culture. De même, d'un cas à un autre, les colonies présentaient des différences dans l'aspect microscopique, dans la disposition et le mode de groupement des éléments du champignon, dans la rapidité de leur développement; mais le transport sur d'autres milieux suffisait à prouver qu'il s'agissait uniquement de modalités différentes d'un même champignon, modalité tenant à son développement plus ou moins exubérant suivant le siège qu'il occupait sur la surface cutanée et suivant la durée de la maladie.

Ces différences accidentelles n'obéissent pas à une loi absolue et, si le favus érythémateux donne habituellement un champignon se développant lentement et pauvrement, ayant un mycélium maigre, le fait n'est pas constant.

Le milieu de culture le plus favorable au développement de l'achorion est l'agar et surtout l'agar glycériné, probablement parce qu'il se dessèche très lentement. Il se développe mieux dans les milieux alcalins que dans les milieux neutres et surtout acides. La température la plus favorable est au voisinage de 35° et mieux encore de 37°, mais il peut encore se développer à 14°, tandis qu'une température de 50° maintenue pendant une demi-heure empêche son développement ultérieur. La présence de l'air favorise le développement du champignon. La lumière n'a pas d'action appréciable sur lui. Le champignon conserve longtemps la propriété de se reproduire, et d'autant plus longtemps que le milieu sur lequel il se développe se maintient plus humide.

L'auteur décrit ensuite avec soin les caractères microscopiques de l'achorion observé dans les cultures sur divers milieux, en insistant sur le polymorphisme de ce champignon; nous renvoyons à l'original pour cette description, ainsi que pour celle des caractères microscopiques des cultures dont l'analyse demanderait à elle seule des développements beaucoup trop considérables.

ine

cu

av

SU

ég

30

ce

pr

l'a

pr

D.

On en

tio

rai

de

cro

ad

tre

va

Il a fait avec ces cultures des inoculations sur l'homme. Les premières inoculations ont échoué, ce qu'il attribue à l'ancienneté trop grande des cultures et probablement aussi à ce que les malades ne prenaient pas les précautions nécessaires. En ayant soin de recouvrir la partie inoculée avec un bandage et en restant quelques jours sans la mouiller, il a obtenu sur lui-même des lésions faviques au moyen des cultures sur l'agar; il a également reproduit ces lésions sur le lapin.

A propos de la description clinique des lésions dues à l'achorion, Marianelli étudie avec soin l'onychomycose favique et fait remarquer qu'elle est moins fréquente que l'onychomycose trichophytique: sur 309 faviques observés à la clinique de Pellizzari de 1885 à 1891, 9 avaient des lésions unguéales, tandis que sur 493 trichophytiques 24 présentaient

cette localisation.

Marianelli décrit ensuite les lésions microscopiques provoquées par la présence de l'achorion. Il signale incidemment qu'il a, comme Kaposi et M. Balzer, constaté l'existence de l'achorion à l'intérieur du poil et qu'il l'a, comme M. Balzer, vu pénétrer dans le bulbe pileux.

Au sujet du traitement du favus, Marianelli arrive à cette conclusion que la guérison est surtout une question de temps et de persévérance dans le traitement, qu'il est jusqu'ici difficile de dire si un des traitements proposés est supérieur aux autres, mais que l'épilatien doit jouer le rôle principal dans ce traitement.

Georges Thiblerge.

D. Th. v. Wasilewski. — Herpes Zoster und dessen Einreihung unter die Infectionskrankheiten. Auf Grund der vervollständigten Sammelforschung des allgemeinen ärztlichen Vereins von Thüringen beleuchtet, de gr. in-8° broch. 36 pages Jena 1892, chez Gustav Fischer.

Dans ce travail l'auteur soutient que le zona est une maladie infectieuse. On peut diviser son mémoire en deux parties. Dans la première il passe en revue les diverses théories qui ont été formulées à propos de cette affection. Dans la seconde, il nous expose les documents très nombreux et les raisons qui doivent selon lui nous faire partager ses idées.

On trouvera dans cet article, un historique très complet et très bien fait

de la question.

L'auteur insiste sur la théorie très généralement admise d'après laquelle le zona serait une affection d'origine nerveuse. Les uns, avec Samuel, croyaient à l'existence de nerfs spéciaux, les nerfs trophiques. Il était tout naturel de supposer dans le zona des lésions de ces nerfs. D'autres, sans admettre l'existence de ces nerfs, soutenaient néanmoins que le zona était dû à des lésions nerveuses.

On pensa à incriminer particulièrement les nerfs vaso-moteurs, les centres nerveux, etc... Ces derniers pouvaient jouer un rôle, soit qu'ils aient été lésés directement, soit à la suite d'une action réflexe provoquée par une excitation quelconque. Ces excitations capables de produire le zona étaient variées. Depuis Charcot, on a surtout parlé des excitations traumatiques. On se rappelle le cas qu'il a signalé d'un zona observé à la suite d'une blessure du bras par une arme à feu, alors que des nerfs avaient été lésés.

Nous ne voulons pas dans ce rapide résumé revenir sur cette question, Dans le travail de M. Wasilewski toutes les opinions sont discutées. Il rapporte très longuement la théorie de Bärensprung qui voyait dans une altération des ganglions spinaux la cause du zona.

Il montre quelles variations a subi la théorie nerveuse.

Tantôt on fait remonter la cause du zona a des altérations de nerfs dont l'existence est très discutée (nerfs trophiques). Tantôt c'est telle ou telle partie du système nerveux central qui peut dans certaines conditions provoquer cette maladie.

Certains auteurs tout en admettant une action trophique du système nerveux ne repoussaient pas l'idée d'une infection de la peau par des germes morbides. L'action du système nerveux serait nécessaire pour préparer en quelques sorte le terrain (Neisser et Weigert).

Quoi qu'il en soit, M. Wasilewski, après une discussion très serrée et un examen attentif d'un grand nombre de cas mis en avant par les partisans de la théorie nerveuse, nous montre qu'elle est évidemment insuffisante pour expliquer l'apparition du zona. Ainsi, par exemple, quand on fait remonter le zona à un traumatisme, songe-t-on combien sont rares et exceptionnelles les blessures mêmes accompagnées de lésions des nerfs qui soient suivies d'un zona. Cette maladie ne serait donc pas une maladie d'origine nerveuse. Elle serait de nature infectieuse. C'est la théorie soutenue par Pfeisfer. C'est, selon lui, la seule vraie. Il n'y a pas deux zona, l'un d'origine nerveuse, l'autre infectieux.

La cause de la maladie est dans tous les cas un micro-organisme, un protozoaire trouvé et décrit par Pfeiffer dans la peau des parties atteintes par l'infection. Ce protozoaire, Wasilewski l'a retrouvé. Il ne se trouve jamais le long des nerfs. La technique insuffisante que l'on possède ne permet pas encore de le cultiver et de l'isoler. On peut l'observer dans les cellules épithéliales du corps papillaire. Du reste l'auteur renvoie à l'ouvrage de Pfeiffer sur les protozoaires. Ses propres observations ne lui ayant rien fait constater de nouveau.

Le zona est une maladie infectieuse. La découverte d'un protozoaire constitue un argument très sérieux en faveur de cette thèse, mais enfin rien ne dit encore que ce soit là la cause de la maladie, puisque ce protozoaire ne peut être ni cultivé, ni par conséquent inoculé en tant qu'agent morbide parfaitement isolé. L'auteur le sent bien, car il cherche ensuite à accumuler de nouvelles preuves tirées de l'apparition épidémique de la maladie, des cas de contagion observés et de la marche de cette affection.

Des épidémies de zona ont été notées de tout temps. Geoffroy (1778), Rayer (1827), Hardy, Cazenave, Bärensprung (1856), Waldmann (1860), Fischer (1876), Zimmerlin (1883) en ont observé. Dans ces épidémies, médecins et gardes-malades n'étaient pas épargnés. D'autres encore en signalent, Gauthier (1889), Wessk (1890). Breuer a observé en 6 semaines à Breslau 34 cas. Kaposi en 1889, Havas parlent aussi d'épidémies de zona.

Voilà certes qui doit faire songer à une maladie infectieuse. Plus probants encore sont les cas de contagion bien observés.

Pfeiffer, Knopf, Hesse, Wever citent des exemples à l'appui. Il s'agit

gén

sa I

D

D'a

vra

mal

en

ma

dou

L

ces

apr

la t

dro

c'e

de

pe

de

ne

ex

ne

l'a

il

ne sy

in

M

C(

généralement de cas de contagion entre époux ou d'une enfant malade à sa mère qui la soigne.

Somme toute, il nous paraît que les cas de contagion cités sont peu

nombreux, mais ils paraissent avoir été bien observés.

D'autres raisons font penser encore à la nature infectieuse du zona. D'abord il semble qu'une première atteinte donne l'immunité. Il y a, il est vrai, des exceptions, mais ces exceptions se retrouvent pour toutes les maladies infectieuses et éruptives. Puis il y a les prodromes que présente en général toute atteinte de zona. Ces prodromes sont : un certain état de malaise, de la céphalée, des nausées, enfin une sensation de brûlure, des douleurs au niveau des parties qu'envahira le zona.

Les phénomènes gastriques méritent une mentien spéciale. Il y a aussi de la fièvre. On la voit apparaître 2 ou 3 jours avant l'éruption pour cesser avec elle. Elle peut se prolonger aussi pendant plusieurs jours après la disparition des vésicules; généralement peu intense l'élévation de la température atteint parfois 40°. Elle est, ainsi que l'existence des pro-

dromes, l'indice d'une infection générale de l'organisme.

Un point qui n'a pas jusqu'à ce jour attiré l'attention des médecins : c'est l'engorgement des ganglions auxquels se rendent les lymphatiques de la région malade. Ce signe est bien en rapport avec l'invasion de la

peau par des parasites.

e

e

r

n

t

e

n

S

e

.

S

ŧ

ne

e

e

t

Localement, les symptômes sont des lancées, une sensation de cuisson, de la neuralgie. Ils sont dus à l'inflammation de la peau et à des lésions nerveuses. L'auteur ne nie pas ces dernières. Il ne sait comment les expliquer. Il tend à admettre une inflammation parallèle de la peau et des nerfs, Mais dans tous les cas, il n'y a pas là un argument à chercher à l'appui de la théorie nerveuse. On trouve en effet des parasites dans la peau bien avant l'apparition des lésions trophiques. Ces parasites, comme il a été dit plus haut, n'ont jamais été trouvés dans les nerfs. Aussi l'auteur ne peut-il pas admettre que le protozoaire agisse par l'intermédiaire du système nerveux. Le zona serait alors une maladie nerveuse de nature infectieuse. Selon lui cette concession à la théorie nerveuse et impossible.

Menuo Huizinga. — Des mesures prophylactiques efficaces à prendre contre la propagation des affections syphilitiques et vénériennes. In-8°, 26 p. Bruxelles, Manceaux, 1891.

L'auteur est un adversaire absolu de la réglementation administrative; il pense que l'on arriverait à faire disparaître la syphilis en limitant les chances de contagion et de propagation; pour cela il propose que toute cohabitation entre deux personnes entraîne par ce fait seul un contrat mutuel dissoluble seulement par arrêt du juge. L'idée est au moins originale, de punir d'un « collage » légal toute incartade, mais elle nous paraît rentrer dans le domaine de l'utopie.

H. F.

Armand Laurent. — De la fréquence des maladies vénériennes et des moyens de la faire diminuer, in-8°, 102 p., Paris, J.-B. Baillière, 1893.

Cette brochure est le développement d'une très intéressante communi-

ANN. DE DERMAT. - 3º Sie, T. IV.

cation du même auteur faite, en décembre 1891, à la Société normande d'hygiène publique et parue dans la Normandie médicate du 15 janvier 1892 et relative à la fréquence des maladies vénériennes dans la ville de Rouen. M. Laurent a étendu ses recherches à toute la région normande, occupée par le 3° corps d'armée, région qui paraît plus particulièrement ravagée. Là, comme à Paris, le plus gros danger vient de la prostitution des filles mineures et de la prostitution clandestine s'exerçant surtout dans les cabarets et débits de bas étage, notamment dans les villes du littoral comme le Havre et Fécamp.

Les desiderata que l'auteur exprime, au nom d'ailleurs d'une commission du conseil central d'hygiène publique et de salubrité dont il était le rapporteur, se rapprochent absolument de ceux qu'a formulés jadis M. le professeur Fournier dans son si remarquable rapport à l'Académie, en 1887.

Les voici tels que l'auteur du rapport les a rédigés :

1º Pour les femmes qui se livrent à la prostitution clandestine, il y a lieu de demander à nos législateurs de faire une loi considérant l'excitation à la débauche comme un délit, même quand elle s'adresse à des majeures et qu'en sus des pénalités ordinaires (amende et prison), dans les cas de condannation pour ce motif, cette loi édicte la fermeture des cabarets, débits, hôtels, etc..., ainsi que l'interdiction pour les propriétaires et les tenanciers desdits établissements d'en ouvrir un autre du même genre pendant un temps déterminé ou de servir à un titre ou à un autre dans un établissement similaire.

2º Il serait bon que des pénalités soient édictées par la loi contre les filles ou femmes se livrant à la prostitution clandestine.

3º Les préfets devraient être de par la loi chargés de réglementer la police des mœurs d'une façon uniforme dans toute l'étendue du département.

4º Dans l'arrêté réglementaire général, il serait inscrit: 1º que toute femme se livrant à la prostitution serait obligée de subir une fois au moins par semaine, une visite médicale aussi complète que possible; 2º en ce qui concerne les filles récemment atteintes de syphilis, le médecin serait autorisé à prescrire des visites plus fréquentes. La durée de cette surveillance spéciale peut être fixée à quatre années.

5° Afin d'assurer la réalisation de cette surveillance plus fréquente pour les syphilitiques de date récente, un *carnet médical* sera établi pour chaque fille ou femme se livrant à la prostitution.

6° Des pénalités sévères seront édictées contre les filles ou femmes inscrites sur le contrôle des mœurs qui ne se rendront pas aux visites réglementaires.

7º Qu'aucune fille mineure ne pût être inscrite comme prostituée.

8º Que le Parlement adopte dans le plus bref délai le projet de la loi Roussel, assimilant les mineures prostituées aux mineures abandonnées ou délaissées.

9° Que les départements seraient obligés de créer des établissements spéciaux pour recevoir les filles moralement abandonnées par suite d'inconduite, de telle sorte qu'elles ne puissent être confondues avec les enfants assistés et les moralement abandonnés pour d'autres causes.

Il est à désirer que tant d'efforts faits de divers côtés dans le même sens finissent enfin par aboutir à un résultat, et que dans la législature prochaine quelque courageux député prenne l'initiative de cette question, depuis si longtemps en suspens au mépris des dangers si graves qu'avec le régime actuel, régime du bon vouloir des administrateurs et trop souvent du laisser-faire, fait courir aux populations l'extension toujours croissante des maladies vénériennes.

H. Feulard.

resta

tifiq

eut

L

Col

Les

mes

# VARIÉTÉS

# L'enseignement de la dermatologie dans les Universités allemandes.

Le travail dont nous donnons ici un résumé a été écrit par M. le professeur NEISsgr, à l'instigation du Ministère de l'Instruction publique, pour l'exposition de Chicago. Cette courte revue sur l'organisation et l'enseignement de la dermatologie en Allemagne, ne sera peut-être pas sans intérêt pour les lecteurs des Annales.

De toutes les spécialités médicales, la dermato-syphiligraphie a été la dernière dont se soit préoccupée l'administration de l'enseignement public dans les universités allemandes. Dans les dernières périodes décennales, il y avait bien une science allemande, une école allemande, mais le créateur, le fondateur de cette école, Hebra, enseignait à Vienne et les élèves restaient fidèles à leur patrie.

En Allemagne, la dermatologie n'a été cultivée que relativement très tard comme spécialité. Peter Frank (1792), Struve (1829), Riecke (1841) avaient pourtant publié des ouvrages considérables consacrés à la dermatologie. Dans le livre de Fuchs: « Die krankhaften Veränderungen der Haut und ihrer Anhänge (Göttingen) », paru en 1840, et où l'influence des leçons de Schönlein est très accusée, l'auteur essayait de transporter dans la dermatologie la théorie des crases alors régnante et d'établir sur cette base un système correspondant des maladies de la peau. Cet essai eut le sort de la théorie elle-même.

Les progrès les plus remarquables réalisés en Allemagne par la spécialité, vers le milieu de ce siècle, sont dus, non à des dermatologistes, mais à des hommes qui se sont distingués dans d'autres branches de la médecine.

Les travaux sur l'anatomie et la physiologie de la peau de Gurlt, de Henle, de Kölliker, Krause, Meissner, Max, Schultze, Wagner, Waldeyer, E.-H. Weber, Wendt, etc., seront toujours considérés comme les bases scientifiques des études dermatologiques.

Comme dans toute la médecine, les recherches de Virchow ont été le point de départ de tout travail ultérieur concernant la pathologie et l'anatomie pathologique de notre spécialité. Son mémoire: « Ueber die Natur der constitutionell-syphilitischen Affectionen », 1859, est la base scientifique des doctrines ultérieures en syphiligraphie, de même que son traité des tumeurs pour l'un des chapitres les plus importants des dermatoses: les tumeurs bénignes, les tumeurs malignes et les granulomes. Les recherches de Virchow sur les « syphiloïdes », ses travaux sur l'histoire de la lèpre sont une source inépuisable d'excitation scientifique.

L'étude historique de notre spécialité, toujours si négligée par les dermatologistes, doit beaucoup à Hirsch (Handbuch der histor. geograph-Pathologie). Les travaux de pathologie générale et d'anatomie pathologique, dont Virchow a été l'instigateur, ont exercé une grande influence sur le développement de la dermatologie. La théorie de l'inflammation de Cohnheim a certainement contribué à l'explication de certains processus. Les travaux de Wagner sur l'histologie des syphilides, les recherches de Weigert sur la variole, les études de G. Friedländer sur la lèpre, les tra-

vaux d'Heubner relatifs aux affections syphilitiques des vaisseaux, sont des exemples des services rendus à notre spécialité par les recherches de pathologie générale.

La médecine interne et la chirurgie ont beaucoup contribué à étendre les connaissances en dermato-syphiligraphie qui, à cette époque, rentrait dans leur domaine. Volkmannn, Esmarch, Langenbek, et d'autres chirurgiens, Romberg, Kussmaul, Ziemssen, Gerhardt, Erb, Quincke et d'autres cliniciens sont les auteurs de mémoires cités au premier rang de notre littérature spéciale. On doit un très bon traité de la syphilis à un représentant officiel de la médecine interne, Bäumler. Bohn a publié une étude complète des maladies de la peau chez les enfants ; enfin Ziemssen a été l'instigateur d'un ouvrage en deux volumes sur les maladies de la peau, dans lequel il a traité la physiologie de la peau.

La dermatologie est étroitement reliée aux recherches étiologiques. Le premier organisme pathogène découvert est le champignon du favus; il a été trouvé en 1840 par Schönlein en collaboration avec Remak. Eichstädt (Greifswald) découvrit en 1846 le microsporon furfur.

On doit aux découvertes de Robert Koch, la connaissance des diverses formes de la tuberculose cutanée; ses méthodes ont permis d'établir l'étiologie de l'érysipèle (Fehleisen), de la morve, du rhinosclérome, de la lèpre, de la gonorrhée et ont beaucoup étendu le cercle de nos connaissances relatives aux dermatomycoses.

Selon Neisser, la découverte de la tuberculine n'est guère moins importante pour la dermatologie. Bien qu'elle n'ait pas réalisé les espérances qu'avait suscitées la nouvelle découverte, elle a une grande importance comme moyen de diagnostic et de traitement, spécialement pour la tuberculose de la peau; pour le traitement du lupus elle est indispensable,

Si la dermato-syphiligraphie est redevable aux travaux des universités allemandes, depuis le milieu de ce siècle, de nombreux progrès et en partie de ses fondements les plus importants, par contre le développement clinique de ces deux spécialités et notamment l'enseignement clinique ont fait à peu près complètement défaut en Allemagne. En dehors de Munich (depuis 1832), Würzbourg (1849) et Berlin (depuis 1853), il n'existait pas de cliniques spéciales. Tous ceux qui voulaient se préparer sérieusement à la pratique médicale allaient à l'étranger — dans les premières périodes décennales du siècle à Paris, puis surtout à Vienne. Il résulta de cet état de choses que les hommes capables se consacrant uniquement à la spécialité et à l'enseignement furent très rares.

Jusque vers 1870, les seules universités possédant des cliniques importantes furent celles de Munich, Würzbourg et Berlin.

Munich eut, dès 1832, une clinique spéciale, exclusivement destinée aux maladies de la peau et des organes génitaux, détachée de la clinique chirurgicale. Elle fut dirigée, de 1832 à 1850, par le professeur Horner; de 1850 à 1870, par le professeur Lindwurm, et depuis 1870, par le professeur Posselt. Cette section contient 120 lits et sert à l'enseignement clinique,

Depuis 1886, il existe en outre, comme subdivision de la policlinique chirurgicale, une policlinique indépendante pour les maladies de la peau et des organes génitaux, dont la direction est confiée au privat-docent Kopp.

In

PRE

50

qu

911

cl

le

L

p

f

La clinique de Würzbourg provient d'un service de syphilitiques du Juliushospital, dont le professeur Mohr utilisait déjà les matériaux en 1848 pour ses démonstrations. En 1849, ce service eut un bâtiment spécial, mais resta sous la direction du professeur de clinique interne, Markus, puis de son successeur Bamberger (à partir de 1854). La spécialité prit de l'importance dans l'Université et par les travaux sortis de la clinique, quand v. Rinecker eut, en 1872, la direction du service des maladies de la peau et de la syphilis. La clinique lui doit une salle de cours et l'indépendance, qu'elle a conservée encore aujourd'hui en un certain sens, bien que, depuis la mort de v. Rinecker, en 1883, la direction de la clinique ait été rendue au chef de la clinique interne. L'enseignement est donné avec les matériaux de ce service par un docent, Seifert, qui a succédé à Matterstock.

En dépit de la grande activité de Rinecker dans le domaine de la psychiatrie et de la pédiatrie, on est redevable à lui et à son instigation de travaux remarquables, notamment de la communication faite en 1852: que les lésions de la syphilis secondaire sont contagieuses au plus haut degré. La question: Irritation et syphilis, la valeur de l'excision dans les accidents primitifs, constituent des travaux importants dus à son initiative.

A Berlin, la spécialité fut officiellement reconnue pour la première fois par la création d'un service de syphilitiques à la Charité, dont la direction fut confiée à Gustave Simon. Ce dernier, il est vrai, ne professa pas, mais son ouvrage : « Die Hautkrankheiten durch anatomische Untersuchung erläutert » fut d'une importance fondamentale; c'est le premier traité qui ait mis à contribution la technique microscopique moderne et qui s'appuie sur les lecons de la pathologie cellulaire de Virchow.

Son successeur fut, en 1853, F. de Bärensprung, nommé professeur extraordinaire en 1856, et qui obtint à cette occasion, en dehors du service des vénériens, une clinique spéciale pour les maladies de la peau. Ce médecin, d'un grand sens clinique et avant des grandes connaissances en médecine générale, a rendu de nombreux services à la spécialité. Si tout ce qu'il a enseigné n'a pas conservé une valeur durable (par exemple l'exclusion du mercure dans le traitement de la syphilis), ses recherches sur les variétés parasitaires de l'herpès, sur la plique, ses contributions à l'anatomie et à la pathologie de la peau humaine; ses études sur le vitiligo, l'area Celsi, le pemphigus, la syphilis héréditaire, etc., mais tout particulièrement celles sur le zoster et les nævi unius lateris l'ont placé au rang des dermatologistes les plus éminents de tous les temps et de tous les pays. Il a posé la première pierre de ce qui est encore aujourd'hui l'objet de tous nos efforts : ne pas considérer exclusivement à un seul point de vue la forme extérieure, les lésions anatomiques, pour classer les dermatoses, mais baser leur systématisation sur l'ensemble du processus morbide.

G. Lewin lui succéda en 1863, et fut nommé professeur extraordinaire en 1868. On lui doit l'introduction des injections hypodermiques de sublimé dans le traitement de la syphilis. Il a en outre publié un grand nombre de travaux, la plupart sous forme de monographies: érythèmes, maladie d'Addison, hémiatrophie faciale, myosite syphilitique, etc.

En 1885, on créa une clinique des maladies de la peau, détachée du service de Lewin, et dont la direction fut confiée au professeur Schweninger.

A Strasbourg, îl existe depuis longtemps un enseignement clinique régulier. Il a été dirigé par Wieger. Depuis 1886, il est entre les mains du clinicien actuel, le Dr Wolff.

Un progrès très important fut réalisé par la création à Breslau, en 1877, à Bonn, en 1882, de nouvelles cliniques indépendantes pour les maladies de la peau et les affections vénériennes.

A Breslau, Köbner avait introduit notre spécialité depuis 1869 comme privat-docent, depuis 1872 comme professeur extraordinaire, et enseigné dans une policlinique créée et entretenue à ses frais. C'est de cette époque que datent ses nombreux travaux, surtout expérimentaux, sur les dermatomycoses, en particulier sur la nature parasitaire de beaucoup de cas de sycosis et de l'eczéma marginé, ses études sur le virus chancreux, sur la réinfection syphilitique, sur la transmission de la syphilis par la vaccination, sur les exanthèmes médicamenteux et spécialement l'exanthème quinique, etc.

Outre ces titres scientifiques, Köbner a eu aussi le mérite de créer la première clinique pour les maladies de la peau et les maladies vénériennes, en dehors de Berlin. C'est à ses démarches infatigables qu'est due la création de cette clinique en 1877. Malheureusement une maladie l'obligea à demander à ce moment un congé, puis, en 1878, sa retraite. Il n'en a pas moins marqué sa place par de nombreux travaux très estimés: sur la lèpre, le traitement de la syphilis, le mycosis fongoïde, les injections arsenicales, le xanthome, etc.

En 1878, Köbner fut remplacé comme directeur de la clinique par Oscar Simon, connu déjà des spécialistes par son ouvrage: « Die Localisation der Hautkrankheiten ». Il est mort en 1882.

Son premier assistant, Albert Neisser, fut appelé à lui succéder après un court séjour à Leipzig comme docent. Grâce aux éléments créés par Oscar Simon, il put développer la clinique de telle sorte que, vers 1890, on installa la clinique des maladies de la peau dans un bâtiment spécial, parfaitement approprié à toutes les exigences de la science moderne, et on créa une clinique comme n'en possède encore aucune université allemande.

Cette nouvelle clinique est ouverte depuis 1892. Le nombre des lits est de 80. Elle a deux ambulatoriums, l'un situé au centre de la ville, l'autre dans les bâtiments même de la Clinique; ils fournissent les matériaux appropriés au service et à l'enseignement. Les salles destinées aux recherches scientifiques (microscopiques, bactériologiques, chimiques, expérimentales) peuvent contenir un grand nombre d'étudiants et sont largement pourvues de tous les appareils nécessaires; une riche bibliothèque, une collection d'atlas et de photographies, ainsi qu'une assez nombreuse collection de moulages servent d'auxiliaires précieux à l'enseignement clinique qui dispose d'un nombre presque surabondant de malades.

La clinique de Bonn est née en 1882 de la policlinique privée pour les maladies de la peau et de la syphilis, créée en 1879, par Doutrelepont; elle est sous sa direction; elle comprend 56 lits, un laboratoire et une salle de cours. La clinique s'est encore développée en 1892 par la création de nouvelles salles pour la policlinique, de cabinets de travail, de bibliothèques et d'un musée.

I

d'u

Sc

da

se

un

de

de

es

S

fi

E

La création la plus récente est celle qui vient d'être faite à Königsberg d'une clinique pour les maladies vénériennes (dirigée par le professeur Schneider) et d'une policlinique (directeur professeur Caspary).

Mais les cliniques ou policliniques publiques font complètement défaut dans les autres universités. Eichstädt (Greifswald) était, il est vrai, profes-

seur extraordinaire de dermatologie, mais sans institut spécial.

Des privats docents ont essayé d'introduire la spécialité dans quelques universités (Jacobi à Freiburg i./B., Kromayer à Halle a./S.); à Berlin il existe un certain nombre de docents qui enseignent et pratiquent à côté des cliniques officielles, Lewinsky, Behrend, Posner et au premier rang Lassar avec un institut fondé avec ses propres ressources et aménagé de la façon la plus parfaite et la plus moderne.

A Heidelberg, la spécialité est sous la direction d'un clinicien s'occupant de médecine interne (Fleiner); à Kiel, le directeur de la clinique interne est chargé aussi de celle des maladies de la peau; à Leipzig (où Neisser et Lesser ont successivement pratiqué comme docents), le service de la

syphilis incombe au chirurgien.

On sait que Unna, à Hambourg, fait un enseignement clinique et scienti-

fique sans installation universitaire.

En Allemagne, les cliniques dermatologiques reçoivent non seulement les sujets atteints des maladies de la peau, mais aussi des vénériens ; à Berlin seulement, depuis 1885, les deux services de la Charité, réunis jus-

que-là sous la même direction, ont été séparés.

Selon Neisser cette séparation n'est pas heureuse; le clinicien doit pouvoir montrer aux étudiants les exanthèmes syphilitiques et les dermatoses non spécifiques de manière à établir des comparaisons incessantes. Ce diagnostic différentiel est en effet un des points les plus importants pour le médecin praticien dans la plupart des cas. La syphilis ne saurait être enseignée sans les maladies de la peau, non plus que celles-ci sans la syphilis. Il lui semble par contre juste que les cliniques allemandes n'admettent pas tous les sujets syphilitiques, mais de préférence ceux affectés de lésions spécifiques du tégument externe. Les syphilis osseuse, nerveuse, viscérale sont en général reçues dans les cliniques chirurgicales, internes, etc., où elles peuvent être utilisées au point de vue du diagnostic différentiel, ce qui est important pour les étudiants.

Le mode d'enseignement ne diffère pas de celui des autres cliniques. On s'attache surtout à montrer le plus grand nombre possible de malades, de dessins, de moulages, de préparations microscopiques, à indiquer les méthodes de traitement, à faire des cours dans lesquels les étudiants font eux-mêmes des exercices techniques. On s'abstient généralement de leçons théoriques suivies, quelque nécessaires et désirables qu'elles soient, ou l'on se borne à quelques chapitres, parce que les étudiants surchargés d'autre part ont trop peu de temps à consacrer à cette spécialité.

Neisser exprime ensuite le vif regret que la dermato-syphiligraphie ne fasse pas encore partie des questions d'examen. Lang, de Vienne, avait déjà signalé cette lacune et à cette occasion j'avais exprimé les mêmes regrets. La fréquentation des cliniques dermatologiques offre aussi de grands avantages pour le développement des connaissances en médecine générale. On peut même affirmer, dit l'auteur, que la clinique dermatolo-

gique conviendrait particulièrement comme clinique de début où l'on apprendrait à examiner les malades. Nulle part le débutant en clinique ne trouvera des éléments d'étude aussi intelligibles, accessibles à l'œil de tous les assistants, exerçant l'observation, présentant des problèmes aussi nets qu'en dermatologie.

Il résulte de ce qui précède que la dermatologie n'a été cultivée comme spécialité en Allemagne que depuis peu de temps. C'est ce qui explique

ses relations très étroites avec la médecine générale.

L'auteur montre ensuite, par des exemples de travaux récents accomplis en Allemagne, que la dermatologie a su rapidement conquérir dans ce pays une place personnelle et indépendante à côté des Ecoles de Paris et de Vienne; que non seulement elle est entrée dans la voie des recherches spéciales, mais qu'elle a collaboré en même temps avec succès à la solution des grandes questions d'étiologie qui s'imposent à notre époque, qu'elle a conservé les rapports les plus étroits avec la pathologie générale. Les mesures hygiéniques et de police sanitaire se rattachent logiquement aux recherches étiologiques, précisément dans cette spécialité; de ce côté aussi d'heureuses améliorations sont dues à l'initiative des cliniques. Neisser termine son mémoire en disant qu'on peut s'attendre à ce que les cliniques dermatologiques allemandes remplissent leur tâche, et cela d'autant mieux que leur nombre deviendra plus grand : faire progresser la science médicale dans son ensemble en même temps que dans le champ plus étroit de la spécialité, former une génération de médecins mieux armée pour combattre les endémies, gonorrhée et syphilis, qui infectent toutes les couches de la population, reconnaître scientifiquement et traiter avec plus de succès les dermatoses dans toutes leurs formes, variées à l'infini.

# NÉCROLOGIE

# HANNS KUNDRAT

L'École de Vienne a fait le mois dernier une grande perte par la mort d'un de ses membres les plus illustres, le Dr Hanns Kundrat, professeur d'anatomie pathologique à la Faculté de médecine. Élève des plus distingués de Rokitansky, il lui succéda dans sa chaire, après la mort de Heschl, en 1882.

Tous ceux qui ont fréquenté l'École de Vienne ont été à même d'apprécier la netteté et la précision de ses descriptions, la sûreté de son jugement et l'obligeance avec laquelle il mettait à la disposition de ses visiteurs

le Musée d'anatomie pathologique.

Outre de remarquables études sur les sujets les plus divers relatifs à l'anatomie pathologique, il a publié plusieurs travaux importants en dermato-syphiligraphie: La syphilis de l'intestin, en collaboration avec le Dr Mracek; Les champignons du favus dans l'intestin, des processus fibrineux diphtéritiques de la muqueuse intestinale dans le favus; La lympho-sarcomatose; ce fut, croyons-nous, son dernier travail. Qu'il nous soit permis de joindre nos regrets à ceux de ses collègues et de ses amis, pour la perte d'un savant qui avait consacré sa vie au culte de la science pure.

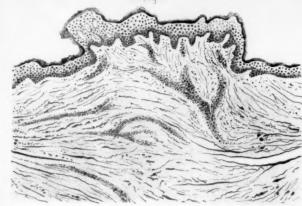
E. B. - A. D.

Le Gérant : G. Masson.

IMPRIMERIE LEMALE ET Cie, HAVRE

Ann

Fig. I



Fin





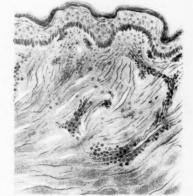


Fig V





Rinaldi del

Sie des Impies LEMERCIER Paris

Nicolet lith

G. Masson Editeur.

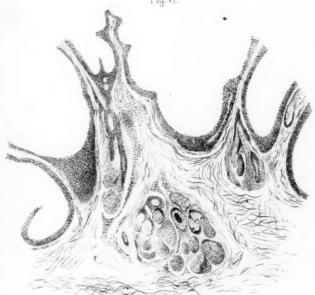
MU

Rinal

Fig.V.



Fig.VI.



Minaldi del.

Sie des Imptes LEMERCIER, Paris.

G. Masson Editeur

Nicolet lith.

¥.

XUM

sa ai gr

tic eu ne

# ÉMILE VIDAL

# 1825-1893

L'année 1893 est fatale à la dermatologie Française. Il y a quelques mois à peine, nous avions à déplorer la mort de notre Doyen, de M. le professeur Hardy, dont l'alerte parole se faisait parfois encore entendre dans cette enceinte : aujourd'hui, c'est notre président E. Vidal que nous pleurons, E. Vidal frappé par un mal mystérieux dans toute la force de son intelligence, dans la plénitude de ses facultés, alors que rien ne pouvait faire présager une semblable catastrophe.

E. Vidal naquit à Paris le 18 juin 1825. Il fit de fortes études classiques au lycée Condorcet, puis il alla, pour des raisons de famille, commencer la médecine à l'école de Tours, alors des plus brillantes, et dont il aimait plus tard à se dire l'élève. Ce sont ces débuts en province qui expliquent comment il n'arriva que relativement tard pour l'époque à l'externat et à l'internat de Paris. Il fut nommé externe à 23 ans en 1848, interne à 25 ans en 1850. Il eut le rare bonheur de trouver des maîtres comme Trousseau, Michon, Vigla, Blache, qui formèrent et développèrent son sens clinique, qui lui donnèrent cette méthode sûre, précise et complète d'examen des malades qu'il possédait à un si haut degré. Docteur en médecine en 1855, médecin des hôpitaux en 1861, à la suite de concours où s'affirmèrent ses solides qualités de clinicien, il voulut aborder l'agrégation, et, n'ayant aucun maître direct à l'école, il ne put y parvenir. Ce fut là un des plus grands regrets de sa vie.

Dès lors, il s'adonna à la clientèle et il y réussit mieux que personne. Distingué, toujours correct, je devrais dire impeccable dans sa tenue, homme du monde s'il en fut, aimant les salons et y étant aimé, il y recueillait les succès les plus divers et les plus flatteurs, grâce à ses qualités de cœur et d'esprit; il eut ainsi l'existence occupée, intelligente et délicieuse qu'il avait rêvée.

Et cependant par quelles péripéties elle fut traversée! De constitution relativement robuste sous ses apparences un peu frêles, E. Vidal eut dans sa vie plusieurs accidents des plus graves. C'est ainsi qu'il ne pût terminer son second concours d'agrégation et qu'il fut obligé de garder un long repos pour se remettre : en 1867, le jour même où il allait pour la première fois prendre possession de son service à l'hôpital Saint-Louis, sa voiture fut coupée en deux rue Richer, et il fut violemment projeté sur le sol avec des lésions des plus sérieuses de la colonne vertébrale, qui l'éloignèrent pendant fort longtemps de sa clientèle et des hôpitaux. En 1872 c'est une pleurésie, en 1878, ce sont des anthrax de la nuque, en janvier 1884, c'est un érysipèle de la face et du cuir chevelu, suivi d'une gangrène des ganglions bronchiques qui le forcent à garder le repos absolu pendant plusieurs mois.

De toutes ces atteintes, si graves qu'il semblait qu'il ne put s'en relever, E. Vidal sortait toujours plus énergique, plus actif, plus lucide. Aussi, nous tous qui avons assisté à sa dernière maladie, avions-nous confiance dans le merveilleux ressort de cet organisme, malheureusement l'infection accidentelle qui l'a emporté était d'une malignité tout exceptionnelle, et il a enfin succombé.

Son œuvre scientifique est des plus importantes : elle lui a valu les récompenses les plus flatteuses, la croix d'officier de la Légion d'honneur, un fauteuil à l'Académie de médecine, une renommée universelle.

Il s'est d'abord adonné à la médecine générale et à la médecine infantile, et il les a cultivées toutes les deux avec éclat. Ses communications à la Société anatomique depuis 1852 jusqu'en 1859, furent très nombreuses. Aussi y fut-il nommé secrétaire en 1857, et vice-président en 1858. Puis ce furent simultanément la Société de biologie et la Société médicale des hôpitaux qui furent le théâtre sur lequel s'exerça son incessante activité. Il publia en outre des observations dans divers journaux, en particulier dans l'Union médicale et dans la Gazette hebdomadaire : il collabora au dictionnaire encyclopédique des sciences médicales, et on y consulte encore avec fruit deux de ses articles : Amygdales et Rectum.

Sa thèse de doctorat, intitulée Considérations sur le rhumatisme articulaire chronique progressif a contribué avec les belles recherches de M. le professeur Charcot à fixer l'histoire clinique de cette forme morbide. E. Vidal y a bien décrit pour la première fois une variété spéciale de déformation des doigts qu'il a désignée sous le nom de doigt atrophique.

Parmi ses autres travaux de médecine générale il faut citer son mémoire sur la leucocythémie splénique qui date de 1856, et sa méthode de traitement du prolapsus rectal par les injections de solution d'ergotine pour laquelle il eut en 1880 un prix à l'Académie de médecine.

E. Vidal fut un hygiéniste de premier ordre, et toute sa vie il s'occupa avec une sorte de passion des grandes questions qui ont trait à la santé publique. Membre de la Société de tempérance en 1872, il en

h

t

q

p

tı

il

d

di

sa

po

qu

ľė

gié déj

ma

cou

qua

app

syp

si l'

rem

fut le secrétaire de 1873 à 1879; en 1876 il entra à la Société d'anthropologie, en 1877 à la Société de médecine publique et d'hygiène professionnelle. Ce fut lui qui eut l'insigne honneur en 1864, et c'est certes là un de ses plus beaux titres à notre reconnaissance, ce fut lui, dis-je, qui eut, le premier l'honneur de proposer à la Société médicale des hôpitaux, d'isoler les malades atteints d'affections contagieuses. Ce fut là le point de départ des nombreuses discussions qui eurent lieu à la Société, puis des démarches persévérantes que ce corps ne cessa de faire depuis lors et qui ont enfin abouti. A cette époque, tout en réservant la question des autres affections contagieuses. E. Vidal insistait surtout sur la nécessité d'isoler les varioleux. A l'heure actuelle, après tous les progrès qui ont été accomplis, on a peine à comprendre les difficultés auxquelles il s'est heurté, lui et les autres novateurs intelligents qu'il avait entraînés à sa suite. Et cependant, en se reportant aux documents de l'époque, on voit que leurs propositions étaient repoussées au Sénat par le rapporteur, par un homme comme M. Elie de Beaumont! Notre maître a eu la rare fortune de voir ses idées d'abord si discutées pénétrer si bien les esprits qu'elles s'imposent maintenant comme l'évidence même, et qu'on n'a plus nulle souvenance des luttes que l'on a dû soutenir pour les faire triompher. Il v a 14 ans à peine que, poursuivant sans cesse son but, il faisait à la Société de médecine publique et d'hygiène professionnelle deux autres communications des plus importantes, l'une sur la nécessité de rendre obligatoire dans les hôpitaux l'isolement des maladies contagieuses, l'autre sur les mesures de police sanitaire applicables à la prophylaxie de la variole.

En 1870 il réclamait la suppression des grandes maternités et des salles d'accouchements dans les hôpitaux et l'institution d'une polyclinique obstétricale; c'était demander en substance la réforme

que l'on n'a accomplie que beaucoup plus tard.

Tout le monde sait la part active qu'il prit à la discussion sur l'évacuation des vidanges (Société de médecine publique et d'hygiène professionnelle, 1882) et ses inutiles efforts pour faire rejeter le déplorable système du tout à l'égout tel qu'il est appliqué à Paris.

En dehors de ses nombreuses communications à la réunion hebdomadaire des médecins de l'hôpital St-Louis, E. Vidal n'a pas beaucoup publié sur la syphilis. Sa thèse pour le concours d'agrégation en médecine de 1860 sur la syphilis congénitale est des plus remarquables pour l'époque, et l'on y trouve formulée cette proposition appuyée sur trois faits des plus probants que, le père étant seul syphilitique la mère peut donner le jour à des enfants entachés de syphilis héréditaire sans avoir été elle-même infectée : dans ce cas, si l'on soigne le père seul, les enfants qui seront engendrés ultérieurement naissent non syphilitiques. Signalons encore un travail (1864)

sur la nécessité de traiter les ulcérations syphilitiques de la trachée sans iodure par les préparations mercurielles données à petites doses avec intermittences dans la médication, et cessation momentanée lorsque la gêne de la respiration paraît augmenter, et deux curieux mémoires parus en 1872, sur la possibilité pour la syphilis constitutionnelle de débuter par un accident initial non induré, accompagné d'une pléiade ganglionnaire indolente, et parfois d'adénite suppurée.

Ses travaux sur les affections vénériennes se bornent à deux communications; l'une faite en 1872 à l'Académie de médecine sur le traitement des affections blennorrhagiques chez l'homme et chez la femme par le baume de Gurjum, l'autre fait en 1880 à la Société de thérapeutique sur la destruction de la virulence du chancre simple et du chancre phagédénique par des applications d'acide purogallique.

E. Vidal fut avant tout un dermatologiste, et comme tel on peut dire sans être taxé d'exagération qu'il fut le digne successeur des Alibert, des Rayer, des Devergie, des Bazin et des Hardy. Grâce à lui et à tels autres de ses contemporains dont le nom est sur toutes les lèvres, l'école de St-Louis put briller d'un nouvel éclat, et recevoir dignement en 1889 les savants étrangers qu'elle avait convoqués à Paris.

Avant même d'ètre médecin de cet hôpital, il avait fait paraître un mémoire sur le traitement de l'herpès præputialis par des pansements avec le glycérolé de tannin au 40°, un autre sur un cas de pellagre sporadique, un article sur l'acrodynie, etc... Mais ce fut surtout après un apprentissage long, patient et laborieux, pendant lequel tout en étant chef de service ici même, à Saint-Louis, il ne dédaigna pas de suivre assidûment les leçons des vieux maîtres qui professaient à côté de lui, ce fut après ce stage si riche d'enseignements, qu'il entreprit la série de ses grands travaux sur les dermatoses.

Dès 1873, il démontrait l'inoculabilité des pustules d'ecthyma, et la décroissance d'activité du liquide inoculable à mesure que l'on fait des auto-inoculations successives. En 1876, il prouvait que les bulles du pemphigus épidémique des nouveau-nés sont inoculables à l'adulte, et il classait ainsi dans son vrai cadre cette curieuse affection. En 1877, dans une communication faite au congrès international des sciences médicales de Genève, il résumait toutes ses recherches sur l'inoculabilité de certaines dermatoses, et en particulier de l'impétigo, de l'herpès, de l'ecthyma, du pemphigus épidémique des nouveau-nés. En 1877, il fit connaître ses curieuses études sur les températures comparatives de la peau normale et des lésions cutanées.

n

le

Bien qu'il fût avant tout un clinicien, il comprit l'un des premiers en France, l'importance réelle de l'anatomie pathologique en dermatologie. Tous ses élèves connaissent la fameuse armoire aux préparations de son laboratoire, armoire remplie de boîtes soigneusement étiquetées, dans lesquelles se trouvaient de nombreuses coupes histologiques dues aux collaborateurs les plus divers, malheureusement pas toujours excellentes, collection qu'il croyait de grande valeur, et qu'il s'efforçait sans cesse d'enrichir. Son plan était de refaire toute l'anatomie pathologique cutanée : certes il n'a pu le réaliser ; mais ses tentatives n'ont pas été complètement stériles, ainsi que le prouvent ses travaux sur l'anatomie pathologique de la bulle du pemphiqus diutinus et du pemphiqus épidémique des nouveau-nés, sur l'anatomie pathologique du molluscum contagiosum, de l'urticaire, du lupus, de la pelade, de la dermatite exfoliatrice généralisée, de l'acné, du mycosis fongoïde, qu'il fit seul ou en collaboration avec certains de ses élèves : et c'est en poursuivant cette idée qu'il a entrepris avec M. le professeur Leloir, de Lille, son grand ouvrage sur la symptomatologie et l'anatomie pathologique des dermatoses, magnifique publication qui devait être son testament scientifique, pour laquelle il n'avait reculé devant aucun sacrifice, et qu'il a eu l'amère douleur de laisser inachevée.

L'œuvre clinique dermatologique de E. Vidal est considérable. Dès 1873, il met en relief ce fait d'observation courante que les érysipèles de la face chez les scrofuleux comportent presque toujours un pronostic favorable. En 1874, il fait à la Société médicale des hôpitaux une communication sur la dermatite exfoliatrice généralisée, communication qui a été le point de départ des autres travaux français ultérieurs : il y fixe les grands caractères de cette affection, et la différencie nettement des herpétides exfoliatrices. En 1875, il publie un cas de guérison spontanée par résolution ou ulcération des tumeurs de sarcomes généralisés idiopathiques de la peau, et il montre à la Société médicale des hôpitaux un malade qui avait toujours habité la province de l'Isle-de-France, qui n'avait jamais voyagé, et qui était atteint d'une lèpre tuberculeuse, tachetée, anesthésique; cette observation prend un singulier intérêt en ce moment où l'on veut démontrer que la lèpre n'a jamais cessé d'exister dans notre pays. Puis paraissent des lecons sur le lichen ruber d'Hebra, le lichen planus de E. Wilson, le lichen scrofulosorum, sur la couperose, sur les épithéliomes, sur les pelades, sur l'eczéma et les eczémateux, sur l'urticaire, sur les affections parasitaires de la peau (1891), sur la lèpre, dans lesquelles il proclame la contagiosité de cette affection, opinion qui ne fut acceptée par le public médical français, que beaucoup plus tard et après des discussions mémorables, ses leçons sur le pityriasis, dans lesquelles il démontre que ce n'est qu'un symptôme d'affections les plus diverses, et non une entité morbide spéciale, et dans lesquelles, devançant Unna, de Hambourg, il émet nettement l'opinion que le pityriasis du cuir chevelu n'est qu'une forme atténuée de l'eczéma des arthritiques. Citons aussi ses mémoires sur la sclérodermie généralisée, sur le pityriasis circiné et marginé, sur l'eczéma marginé, sur l'onychomycose trichophytique, sur les télangiectasies accidentelles, symétriques et généralisées, sur une forme spéciale de pityriasis rubra pilaire qu'il avait voulu dénommer, d'après l'un de ses caractères, l'hyperépidermotrophie généralisée, sur le xeroderma pigmentosum, sur le mycosis fongoïde, sur le bouton de Biskra, sur le molluscum généralisé, etc...

Mais les deux sujets qu'il a le plus approfondis, et dont il a poursuivi l'étude avec une ténacité toute particulière, ont été sans aucun doute les questions des lupus et des lichens. Tout le monde connaît ses divers travaux sur la non hérédité du lupus (1879), sur la scrofule et la tuberculose, sur la tuberculose cutanée vraie, sur le lupus scléreux, sur la nature bacillaire du tubercule anatomique, etc. Les différences cliniques d'aspect et d'évolution qui existent entre les diverses formes non ulcéreuses du lupus vulgaire et la tuberculose vraie de la peau lui paraissaient tellement considérables qu'il protesta tout d'abord avec la plus grande énergie contre la théorie qui fait du lupus une tuberculose cutanée. Il apporta dans cette discussion sa parfaite lucidité d'esprit, son admirable bon sens, et les arguments sur lesquels il appuyait ses convictions restent encore debout: ils attestent toujours, et d'une manière irréfutable que cette question fondamentale est loin d'être épuisée. On n'en trouvera peut-être la solution définitive que dans des recherches patientes et minutieuses sur la pluralité des agents infectieux générateurs de la tuberculose. Quoi qu'il en soit, avec une loyauté qu'on ne saurait trop imiter, avec une bonne foi qui prouvait à quel point il recherchait avant tout la vérité, dès que des expériences décisives eurent démontré qu'il fallait considérer les lupus vulgaires comme des tuberculoses locales, cessant toute opposition mesquine, il se rangea résolument parmi les défenseurs de la théorie nouvelle.

Cette évolution eut pour conséquence de lui faire abandonner ses idées anciennes sur l'identité du lupus vulgaire et du lupus érythémateux, et il fit dès lors de cette dernière dermatose une maladie à part de nature encore inconnue.

Ses recherches sur les lichens furent beaucoup plus fécondes : il a été sur ce point un initiateur. Ses leçons publiées en 1886 sur le lichen, le prurigo, le strophulus, ses deux communications au Congrès de Paris et au Congrès de Vienne sur le lichen et sur le prurigo de Hebra, ses conversations incessantes sur ce sujet avec ses

élèves, tous ces efforts, ont attiré l'attention des dermatologistes sur des faits cliniques relativement fréquents, qu'on laissait dans l'ombre, et ont provoqué l'apparition de mémoires qu'il ne m'appartient pas de juger, mais qui semblent avoir déjà déterminé un certain mouvement d'opinion. C'est à E. Vidal qu'on doit rapporter l'honneur de

cette nouvelle évolution des idées dermatologiques.

Le thérapeute était chez lui à la hauteur du clinicien. Ses ordonnances étaient des modèles de clarté, de précision, et, je ne crains pas de le dire, de minuties. Tous ceux qui ont poursuivi la guérison des dermatoses savent que le succès des médications locales dépend souvent de mille détails d'application, dans lesquels le médecin doit entrer. C'est ici surtout que les minuties prennent une importance capitale: c'est pour ne pas les négliger que certains réussissent, alors qu'avec les mêmes moyens d'autres échouent. Nul n'a été plus imbu de ces principes que notre vénéré maître, et nous ne pouvons dire à quel point nous avons toujours admiré ses prescriptions, tant en ville qu'à l'hôpital.

Homme de ressources, à l'esprit extraordinairement chercheur et inventif, il a créé des méthodes thérapeutiques qui resteront. Parmi elles, nous signalerons surtout : le traitement topique de l'érysipèle par l'application du collodion élastique sur la zone de peau saine limitrophe à la région envahie, le traitement du cancroïde par le raclage suivi de pansements avec la poudre ou la solution concentrée de chlorate de potasse, procédé dont on ne saurait trop vanter la facilité d'application et l'efficacité, le traitement méthodique de la lèpre par l'huile de Chaulmoogra, le traitement des pelades par les vésicatoires liquides, le traitement des urticaires chroniques par les sels de quinine, etc., etc.

Il a été l'un des promoteurs du traitement des dermatoses par les emplâtres : il se servait couramment de ces préparations dans son service bien avant que les recherches d'Unna n'en eussent généralisé et perfectionné l'emploi. Parmi les applications de cette méthode qui lui sont plus particulièrement personnelles citons le traitement de l'ecthyma et des ulcérations scrofuleuses par le sparadrap rouge, le traitement des eczémas par l'emplâtre à la glu et par l'emplâtre blanc modifié, celui du prurigo de Hebra et du lichen simplex chronique par les emplâtres divers à base d'huile de

Le nom d'E. Vidal restera surtout définitivement attaché à la méthode des scarifications linéaires quadrillées. Bien que l'idée première ne lui appartienne pas, il a fait sien ce procédé si fécond d'applications pratiques par sa persévérance à l'employer, à l'étudier, à le modifier sans cesse, à en préciser le mode opératoire suivant les diverses dermatoses et suivant leurs formes. Il nous a appris à arrêter

foie de morue.

la marche extensive du lupus vulgaire en scarifiant largement les bords et en empiétant de plusieurs millimètres sur les tissus sains en apparence, à guérir le lupus vorax sans délabrements et à prévenir ainsi d'effroyables mutilations en réduisant en véritable bouillie le tissu morbide, à traiter les diverses variétés de lupus érythémateux, à modifier la couperose, les télangiectasies faciales, la séborrhée fluente, l'impétigo sycosiforme, les prurits rebelles circonscrits, à assouplir les kéloïdes et à les rendre indolentes, etc., etc. Ceux qui l'ont vu, alors qu'il était médecin de cet hôpital, à ces fameuses séances opératoires du jeudi où il avait chaque semaine à traiter de 60 à 80 cas, ceux-là seuls savent comment il appliquait cette méthode et quels résultats il en obtenait. C'était là, au milieu de ses malades, entouré de ses élèves et des médecins étrangers, infatigable, animé, excité par ses succès, qu'il fallait le voir, le suivre, l'observer, pour comprendre la valeur de l'homme, son dévoûment à la science, son ardeur à soulager ceux qui se confiaient à lui.

Un peu brusque d'allures dans son service, la parole brève, le geste énergique, il étonnait au premier abord; mais bientôt l'élève qui voulait travailler sentait que sous ces dehors autoritaires, nécessaires à un chef, se cachait le cœur le meilleur et le plus affectueux, désireux d'aplanir les voies aux laborieux, de leur faciliter leurs travaux, de les aider même plus tard dans la lutte pour la vie.

La pénétration de son esprit était vraiment merveilleuse; il examinait le malade avec une vivacité et une dextérité inouïes, ne laissant rien d'inexploré; il découvrait avec une incroyable rapidité le point décisif, prononçait un mot, et le diagnostic était posé. Ses élèves ont souvent admiré ce coup d'œil d'une justesse infaillible : on sentait chez lui le clinicien de race.

Ai-je besoin de vous rappeler, Messieurs, la fin d'une existence si bien remplie? la part si active qu'il prit aux congrès de 1889 et de 1892, aux réunions cliniques hebdomadaires de l'hôpital St-Louis, et enfin la création de cette Société française de dermatologie dont il fut le véritable fondateur, puis l'âme comme secrétaire général. Il prenait part à toutes vos discussions, il les animait, apportant l'appoint de sa vaste expérience, de son sens clinique consommé, de sa rectitude de jugement. Il était toujours dispos, toujours alerte, toujours jeune. Hélas! il n'a pu jouir de l'honneur insigne que vous lui aviez fait, et qui était le digne couronnement d'une si belle carrière! Il n'a pu prendre place une seule fois à ce fauteuil présidentiel où l'avait appelé cette année l'unanimité de vos suffrages! Par une cruelle et singulière ironie du sort, ce grand et légitime bonheur lui a été refusé!

C'est en pleine santé, alors que tout lui faisait encore présager de longs jours, n'ayant aucun organe réellement atteint, en entière possession de toute son intelligence, qu'il a été frappé de la maladie

aussi inattendue qu'épouvantable qui l'a emporté après trois mois et demi de souffrances indicibles. Ceux qui l'ont soigné pendant ces jours de douleur savent avec quel stoïcisme il a supporté ces tortures, et s'est vu peu à peu décliner. Pendant les péripéties diverses de cette lutte horrible contre la mort d'un organisme qui ne voulait pas mourir, la lucidité de son esprit a comme toujours été merveilleuse, sa sagacité de clinicien ne l'a pas égaré un seul instant, et c'était un spectacle inoubliable, mais tout particulièrement poignant, de lui voir indiquer à ses amis impuissants quelles étaient les lésions qui se produisaient, et cela sans un mot de reproche, sans une plainte, d'humeur toujours égale. C'est ainsi qu'il a fini par s'éteindre après une lente agonie, entouré de l'estime universelle et des regrets profonds de tous ceux qui l'avaient intimement connu, soutenu dans cette dernière et cruelle épreuve par une résignation toute chrétienne, et par l'admirable dévoûment de celle à laquelle il avait consacré la dernière partie de sa vie.

L. Broco.

# TRAVAUX ORIGINAUX

# CONTRIBUTION A L'ÉTUDE DE LA TRICHOPHYTIE HUMAINE

### Par R. Sabouraud,

Interne à l'hôpital Saint-Louis. (Travail du laboratoire de bactériologie de M. le Dr E. BESNIER.)

IIIº MÉMOIRE (1)

ÉTUDE SYNTHÉTIQUE DE LA TRICHOPHYTIE A GROSSES SPORES

Les trichophytons animaux sur l'homme: Trichophyties pilaires de la barbe.

### SOMMAIRE

I. - Examen critique du précédent mémoire.

Synthèse générale et tableau synoptique des trichophytons à grosses spores.

III. - Les trichophytons animaux chez l'homme. Les preuves de leur origine.

IV. — Les trichophytons animaux doivent être étudiés chez l'homme dans les trichophyties pilaires de la barbe.

V. - Les trois trichophyties pilaires de la barbe:

A. — Trichophytie à dermite profonde. Le sycosis.

B. - Trichophytie à forme de dermite humide disséminée.

C. - Trichophytie sèche à forme d'ichtyose pilaire.

VI. - Conclusions : Autonomie de la mentagre.

### I. - Examen critique du précédent mémoire

Un ensemble de faits étant donné, toute étude à leur sujet ne peut commencer que par l'analyse de chacun en particulier; c'est ce que j'ai fait ou voulu faire dans le mémoire précédent.

Mais l'étude de ces faits n'est complète que quand elle aboutit à leur synthèse : et ce sera l'objet des chapitres qui suivront.

En effet, l'analyse scientifique est nécessaire mais à elle seule insuffisante; toute dissection minutieuse des faits particuliers, en les faisant mieux connaître chacun, nuit fatalement à l'intelligence de leur ensemble, puisqu'elle les envisage hors de leurs rapports naturels. Le résultat immédiat de l'analyse ne peut donc être que la dissociation et l'émiettement des synthèses que l'empirisme a établies. Et pris à part, ce résultat est tout négatif; une vue générale même en partie erronée

<sup>(1)</sup> Voir les nos de novembre 1892 et de février 1893, des Annales de Dermatologie.

étant pratiquement plus utile qu'une collection de faits particuliers sans aucun lien.

Je résume ainsi le reproche général qui a été fait à mon précédent travail. Et impartialement on peut admettre que si ce reproche demande au critique moins de labeur que l'étude analytique à laquelle il est adressé, ce reproche reste fondé néanmoins.

Ce premier point étant établi — qu'un travail de dissociation comme le précédent, détruit sans la remplacer la synthèse fausse mais utile qui était admise avant lui — j'espère qu'on ne contestera pas cependant la nécessité de cette analyse dans un travail d'ensemble sur le sujet. Exiger de l'observateur une synthèse générale, avant qu'il ait analysé les faits dont il veut parler, serait un contre-sens; il faut épeler avant de lire. Et je pourrais retourner aux critiques le reproche qu'ils ont émis. Car il est indubitable que sur les ressemblances des faits particuliers, j'aurais, à l'exemple de beaucoup d'autres, identifié des choses dissemblables, si je ne m'étais pas donné la peine de les étudier analytiquement tout d'abord.

Que si l'on objecte, qu'une analyse de ce genre ne doit être hasardée, que quand la reconstitution des choses dissociées peut la suivre, on peut répondre qu'il y a une différence entre le journal qui recueille les faits présents et le traité qui classe les faits établis.

Du reste, pour celui-là seulement qui n'a fait que parcourir le précédent mémoire, la conception de la trichophytie, si claire suivant la formule uniciste, se trouve remplacée par un chaos d'entités diverses, où nul clinicien ne pourrait jamais prendre pied.

Mais pour celui qui a suivi les expériences dans leur détail, il n'en est point ainsi.

Admettons que l'autonomie de chaque espèce décrite soit absolue comme elle le semble, en conclure que ces espèces existent à droits égaux, sans hiérarchie possible parmi elles, serait aller directement contre les faits et j'ajouterai: contre ce que j'ai dit déjà expressément (1).

Dans le travail précédent, je posais sans critique générale (et avec la seule critique technique des résultats) le détail de ce que l'analyse venait de m'apprendre. Cependant, même à ce moment où je manquais « de recul » pour juger d'ensemble des choses qu'un détail nombreux obscurcissait, j'ai formulé cette réserve que ces très nom-

<sup>(1) «</sup> Nous avons réparti les différentes espèces de trichophyton d'après leurs « ressemblances de culture ; ce classement est tout provisoire.

<sup>«</sup> Nous croyons qu'il sera possible d'établir plus tard parmi ces espèces des « groupes naturels fondés soit sur les ressemblances microscopiques des espèces,

 $<sup>\</sup>alpha$  soit (ce que nous croyons pouvoir faire d'ici peu) sur leurs ressemblances objectives de culture en même milieu ; ressemblances qui accompagnent d'aidleurs une

u semblable ressemblance objective des lésions. Il n'est pas douteux par exemple

 $<sup>\</sup>alpha$  que le trichophyton du cheval (nº 8) ne forme le centre de tout un groupe d'es-  $\alpha$  pèces de caractères analogues, etc.....

<sup>&</sup>quot; Les trichophytons à grosses spores. N. B., p. 137.)

breuses expèces formeraient vraisemblablement plus tard quelques groupes naturels, dont une espèce serait la prototype résumant plusieurs espèces secondes de caractères analogues.

Cette espérance s'est réalisée, c'est donc une première synthèse générale de la trichophytie à grosses spores que je veux présenter maintenant.

# II. — Synthèse générale et tableau synoptique des trichophytons a grosses spores

L'analyse de la trichophytie m'a démontré trois grands faits :

I. - Il y a deux trichophyties.

- II. L'une de ces trichophyties, celle que cause le mégalotrichophyton, présente à l'étude de nombreux cas, causés par des parasites différents.
- III. Ces parasites de même famille, les uns très différents des autres, les autres très proches, sont les uns comme les autres d'espèce fixe, ayant des caractères immuables.

J'y ajoute aujourd'hui les propositions suivantes :

IV. — Toutes les espèces de trichophyton à grosse spore doivent être rangées en deux familles nettement séparées.

Les mégalotrichophytons animaux ;

Les mégalotrichophytons de l'homme.

- V. Les mégalotrichophytons d'origine animale sont caractérisés au microscope par ce fait que le parasite envahit non seulement le cheveu jusqu'à sa racine, mais encore l'étui épidermique du follicule, hors du cheveu et même souvent les éléments du derme circumvoisin.
- VI. Les mégalotrichophytons de l'homme, à l'examen microscopique sont caractérisés inversement par ce fait, que le parasite est exclusivement cantonné dans le cheveu, et qu'il ne dépasse pas sa cuticule externe.
- VII. Les mégalotrichophytons de l'homme appartiennent à deux catégories bien tranchées, séparées même dans l'examen du cheveu malade par des caractères saisissants.
- a) Dans l'une le parasite est caractérisé par de longues chaînes mycéliennes, ininterrompues, que la dissociation du cheveu ne brise pas. (Voir fig. 3, pl. III du I<sup>er</sup> mémoire.) Je le caractériserai par le nom de mégalotrichophyton à mycélium résistant.

Sa culture est cratériforme (1).

- β) Dans l'autre, le parasite est caractérisé par des spores en chaînes si fragiles, qu'elles se rompent cellule à cellule dans la préparation. Ce sont les mégalotrichophytons à mycélium fragile ou si
  - (1) Sur le milieu d'épreuve, gélose 1.1/2 %, peptone 0,80 et maltose 3,70 %.

l'on veut déhiscent (voir fig. 4, pl. III du Ier mémoire). Leur culture est acuminée.

VIII. — Les mégalotrichophytons animaux se groupent en trois catégories parfaitement tranchées (1).

a) La première comprend les trichophyties à dermite profonde à culture blanche. (Le type est le mégalotrichophyton pyogène du cheval.)

β) La seconde comprend les trichophytons à dermite légère, disséminée, humide, à culture jaune, craquelée, vermiculaire. (Trichophytie du veau.)

γ) La troisième, les trichophyties sèches à forme d'ichtyose pilaire à cultures roses, dont le développement est d'une telle lenteur qu'on pourrait les appeler : trichophytons à culture tardive. (Je crois ce dernier type d'origine aviaire.)

J'ajouterai que chacun de ces groupes comprend des espèces différentes mais très peu différentes, ayant des affinités étroites, traduites :

Cliniquement, par la ressemblance objective des lésions qu'elles causent.

Histologiquement, par la ressemblance morphologique de leurs éléments parasitaires.

A la culture, par la ressemblance de leur port et de leur aspect. Enfin, au point de vue mycologique, par leurs ressemblances botaniques.

Et cette symétrie dans les rapports des espèces, n'est pas fictive, mais vérifiée par l'expérience, car la ressemblance objective de deux lésions trichophytiques se traduit invariablement à la culture par une ressemblance entre les espèces qui les causent.

Il y a si l'on veut : parallélisme entre la parenté plus ou moins étroite des espèces et la ressemblance plus ou moins proche des lésions.

Ou encore, en d'autres termes : Le classement imposé par la clinique est vérifié par celui qu'impose l'étude mycologique, car il rapproche des trichophytons dont les lésions se ressemblent entre elles, précisément comme ils se ressemblent entre eux.

Les propositions précédentes peuvent se résumer sous la forme du tableau synoptique suivant (2):

<sup>(1)</sup> Même note que la précédente.

<sup>(2)</sup> Le tableau synoptique qui suit, laisse de côté les nºs 11, 13, 14, 15, 16 du tableau que j'ai précédemment donné dans les Annales (n° de février). Sauf le n° 11 qui me paraît tout à fait spécial, les autres ne sont peut-être que des espèces aberrantes, proches des deux types humains ordinaires. Chacune de ces espèces ne m'étant du reste connue que par un cas, je ne puis conclure à leur sujet. En tous cas leur étude trouvera mieux sa place avec celle des types mégalotrichophytiques de l'homme.

# Trichophytons à grosses spores.

CARACTÉRES GÉNÉRATA BU T. MÉGALOSPORON	17.X 18.	SPORES A DO	SPORES A DOUBLE CONTOUR AGMINÉES EN FILAMENTS (Grosseur 6-12 p. suitont les appèces.)	N FILAMENTS	
EN DEUX FAMILLES		HÉGALOTRICHOPHYTONS D'ORIGINE ANIMALE	ANIMALE		MEGALOTRICHODITY
Caractères micros- copiques généraux du parasite dans chacune des deux	Les éléments du parasit. surtout les éléments é x	e ont envahi, non seulem pidermiques de son folli	Caractères micros- Les éléments du parasite ont envahi, non seulement le cheveu ou le poil, mais Lies éléments du parasite sont contenus en totalité dans le cheveu et ne dépassent pas sa outeur des deux deux	Les éléments du paras lité dans le cheveu e ticule.	es éléments du parasite sont contenus en tota- lité dans le cheveu et ne dépassent pas sa ou- tionle.
grandes familles M. T.	I	П	111		
Caractères micros-	s- Ce groupe contient des es-		_	1	ш
copiques du para- site dans chaque groupe.		4.6	La guber foliculaire du poil friaments sporulés soli- esteuvahi par des filaments des résistant à la des- nycéliens minces. Le poil fruction du cheveu par res confirmes.	Filaments sporulés soli- des résistant à la des- truction du cheveu par la potasse.	Filaments sporulés fra- giles. Les spores se sé- parent quand lecheveu est dissons dans la ro-
Trichophytie pi-	- Trichophytics & dormite	Think and the			
laire de la barbe.	profonde, Kspèces pyogènes.	richophytie a dermite légère, humide, dissé- minée,	Trichophyties seebes aforme Trichophytie pilaire des d'ichtycse pilaire, acumi- nation de folliener Poil ma- lade à collectre vistho.	Trichophytie pilaire des	
cinée,	- L'espèce équine donne lieu à la folliculite agminée trichophytique,	Grand cercle à pourtour impétigineux.	print .		•
Caractères des cul-	Cultures très actives d'un Culture	1.	same sur la penu.		
tures sur le milieu d'épreure. (660se., 1,1/2 0/0 Peptone. 6,80 0/0 Maltose., 3,70 0/0		Jaune, seche, aquelée au cen- riforme, rayon- poudreuse à la ie.	Cultures extrêmement len-  Culture blano jaunâtre Culture conique à 4 ou tes sur le mileu d'épreuves dant un mois, premant une couleur vose tendre en sur- face, violette en profon- deur; sur gélose au moit de bière, la eroissance de ces controlle a roissance de ces controlle a	Culture blano jaunâtre da peine pelucheuse, cra-ferirome à large godet enfoure d'une arfole poudreuse et de fins rayons.	Culture conique à 4 ou 5 scissures rayonnées. Couleur ocreuse, grise, rousse, aspect de carton.
	Cheral, porc, chat, etc.	Cheral. Veau (?).	On	Enfant, - t. tondante; Enfant, - t. tondante;	Enfant, - t. tondante:
Correspondance	Noa 1, 2, 3, 6, 7, 8.	Nos 9, 10, 12		age.	tout age.
			N +, 0.	Nos 16, 17.	Nos 18, 19.

# III. — A. Les trichophytons animaux chez l'homme. B. Les preuves de leur origine.

A. — Je commencerai l'étude synthétique des trichophyties à grosses spores, par le groupe des trichophytons animaux chez l'homme, et ceci pour deux raisons:

1º Parce que, ce que je viens de dire des mégalotrichophytons proprement humains, ce qui s'y rapporte dans le tableau qui précède, enfin ce que j'en ai dit dans les travaux antérieurs, suffit à éclairer un peu ce côté de la question, assez du moins pour suffire à

un classement provisoire.

2º Parce qu'au contraire, il est impossible d'inférer de ce que j'ai dit antérieurement, ce qu'il faut penser des inoculations de teignes animales à l'homme, quant à leur fréquence et aussi quant à leur siège. Ce côté de la question exigeait des études sur l'animal qu'il est réellement difficile de poursuivre hors de l'hôpital et qui demandent de plus un très long temps.

Enfin, comme on peut le penser, les inoculations d'origine animale font de beaucoup le plus petit nombre des cas de trichophytie humaine. Il a donc fallu attendre une conclusion, qui demande pour se formuler avec précision l'observation complète d'un assez grand

nombre de cas.

Les trichophyties d'origine animale se rencontrent chez l'homme :

- a) Cinq ou six fois sur cent dans la teigne tondante à grosses spores de l'enfant.
- b) Environ trente fois sur cent cas de trichophytie cutanée des régions glabres.
- c) Quant aux trichophyties pilaires de la barbe, les dix-sept cas que j'ai observés étaient causés sans exception par des trichophytons animaux. Il n'est pas besoin de souligner l'importance de cette dernière proposition.
- B. Quatre moyens existent pour certifier l'origine animale d'un trichophyton :
- 1º La culture directe provenant d'une trichophytie spontanée de l'animal;
- 2º La mise en culture régulière de tous les cas de trichophytie spontanée survenant chez les animaux agglomérés;

3º L'étude des épidémies trichophytiques animales;

- 4° Les commémoratifs spéciaux des observations de trichophytie de l'homme.
- 1º La culture directe provenant de l'animal, si l'observation est isolée peut être la preuve particulière d'un cas de contagion, mais elle ne saurait à elle seule servir de base à une affirmation générale.

Elle ne prouve en rien par exemple que l'espèce trichophytique observée une fois sur le cheval, soit exclusive au cheval ou même fréquente chez lui.

M. E. Bodin a dit avec raison pour le favus : « Il est prématuré « de désigner une espèce favique par le nom de l'animal sur lequel

« elle s'est rencontrée, car rien ne prouve qu'un même animal ne « puisse avoir plusieurs favus, et que le même favus ne puisse culti-

« ver sur plusieurs animaux ».

Cette observation logique pour le favus reste logique pour le trichophyton. Donc, une culture provenant de l'animal peut être la preuve particulière de l'origine d'un cas donné de thricophytie, mais elle ne permet pas de conclure en général. Sous ce rapport elle n'apporte même pas une présomption. Ce n'est, si l'on veut, que le commencement d'une preuve.

2º La mise en culture régulière de tous les cas de trichophytie survenant spontanément parmi les agglomérations animales est

certainement beaucoup plus probante.

J'ai pu ainsi obtenir, aux écuries de la Compagnie Générale des voitures, des séries de cultures, montrant la fréquence relative de telles et telles espèces trichophytiques du cheval. Qu'une statistique semblable soit faite en un autre lieu — dans un régiment d'artillerie, par exemple et l'on peut contrôler la première statistique par la seconde. Alors, et sur un nombre suffisant de cas on peut conclure.

3º Les séries de cultures faites au cours d'une épidémie animale sont moins probantes. Car elles ne peuvent démontrer qu'une chose, c'est le degré de contagiosité d'une espèce trichophytique

donnée pour l'espèce animale en observation.

4º Enfin les commémoratifs spéciaux que peuvent retrouver les observations de trichophytie de l'homme ne doivent pas être systématiquement écartés comme insuffisants. Il y en a d'insignifiants, c'est

vrai, il y en a qui ne sont pas négligeables.

Si (comme il m'est arrivé pour une espèce que j'ai d'ailleurs obtenue directement d'une trichophytie équine ayant causé une trichophytie de l'homme), — si, dis-je, sur dix-neuf observations de cette espèce trichophytique, on trouve douze cas où la profession du malade (palefrenier, cocher, charretier, artilleur, etc...) l'expose au contact permanent et journalier du cheval;

Si dans plusieurs de ces cas, le malade de lui-même indique le cheval comme instrument de la contagion, décrit sa lésion circinée et

déglabrée, etc...;

Il restera bien peu de doutes qu'effectivement le cheval ne soit l'ori-

gine la plus ordinaire de la transmission de cette espèce;

Si, pour telle autre espèce (dont la culture se présente comme la précédente avec les caractéristiques des cultures animales), le malade se trouve être constamment ou bien une femme ou bien un enfant, même un enfant du premier âge;

Oue l'attention restant éveillée par ce fait, du côté des animaux domestiques et principalement d'un hôte de la maison, du chat ou du chien, si dans la suite, le commémoratif du chat malade peut être relevé plusieurs fois;

Lorsque après six ou sept observations de ce genre on retrouve la même espèce directement, dans la lésion d'un chat apporté par le malade lui-même;

La preuve absolue se trouve bien près d'être faite.

D'autres commémoratifs aussi peuvent être importants:

Je trouve dans une trichophytie de la barbe une espèce tout à fait spéciale. Je la trouve trois fois dans la suite à des intervalles de plusieurs mois (1).

Les signes objectifs de cette culture sont ceux que MM. Mégnin et Duclaux ont donnés à une culture de trichophytie du coq. Le fait reste noté.

Ou'un enfant survienne, avec une trichophytie tondante d'espèce identique; sa mère incriminant, sans interrogation aucune de ma part, le coup de bec d'un coq, blessure dont la cicatrice est visible au milieu de la tonsure. Voilà encore un fait important (2).

Eh bien tous ces faits sont l'histoire même de mes observations sur le sujet (3).

Il reste un point et un point considérable à noter.

Tandis que les mégalotrichophytons d'origine humaine (ceux dont je n'ai pu dans aucun cas observer la transmission par l'animal, et que je n'ai jamais isolés d'une trichophytie animale) sont dans les trichophyties pilaires, exclusivement et toujours cantonnées dans le cheveu, n'envahissent jamais l'étui épidermique du follicule pilaire et ne forment jamais au poil une gaine externe.

Les mégalotrichophytons dont l'origine animale m'est prouvée par la culture directe de l'animal incriminé, ont un point histologique commun à toutes les espèces et exclusif à elles seules : c'est que chez l'homme ils envahissent les éléments du follicule en totalité; c'est

<sup>(1)</sup> Bien que j'aie soumis systématiquement à la culture tous les cas de trichophytic qui se présentaient à moi, quel que fût leur siège, j'ai passé 8 mois sans retrouver un second cas de cette espèce.

Puis deux cas en sont survenus en une semaine, etc. Une pareille rareté de cette espèce chez l'homme, à elle seule exclut presque l'idée d'une reproduction exclusive de l'homme à l'homme.

<sup>(2)</sup> On sait que le favus et la trichophytie chez les oiseaux ont pour siège ordinaire les poils de la crête, ou du dos du bec.

<sup>(3)</sup> Je complèterai plus loin l'histoire de ces observations à propos de chacune des espèces trichophytiques qu'elles concernent

qu'ils occupent moins le poil lui-même que sa gaine épidermique folliculaire.

On objectera — je sais — que c'est là une différence peu marquée, ou encore que des poils peuvent présenter un envahissement de l'épiderme du follicule, d'autres non sur une même tête.

Je ne puis qu'affirmer une chose, c'est que d'après mes observations, ces objections ne sont pas fondées, que tous les faits que j'ai observés y sont contraires.

Qu'on prenne le cheveu malade d'un kerion celsi, qu'on prenne le poil d'une trichophytie pilaire quelconque de la barbe, le poil sera toujours, invariablement, engainé de parasites (tous les poils étant identiques), parce que la culture sera l'une des cultures animales que je décrirai.

On peut se tromper sur deux ou trois cas observés superficiellement, on ne peut se tromper sur des préparations microscopiques permanentes de vingt cas, quand on arrive à prédire à coup sûr, d'après cette caractéristique de l'envahissement folliculaire, la culture que donnera l'ensemencement et que l'ensemencement vient vérifier (1).

# IV. — LES TRICHOPHYTONS ANIMAUX DOIVENT ÊTRE ÉTUDIÉS CHEZ L'HOMME DANS LES TRICHOPHYTIES PILAIRES DE LA BARBE

A. — Comment étudier les trichophytons animaux chez l'homme? Telle est la question qui se pose, dès que l'origine animale de telles ou telles espèces se trouve hors de doute.

Un traité didactique devrait prendre un à un chaque groupe, et dans chaque groupe chaque espèce, pour les étudier séparément. Mais ce ne serait pas là le tableau synthétique que je veux présenter. Il deviendrait impossible, avec un pareil détail, d'offrir un ensemble saisissable. Enfin et surtout il n'y aurait pas là « œuvre clinique ».

Ce que je dois faire, c'est présenter chaque groupe trichophytique sur l'homme, avec les caractères cliniques et histologiques permettant d'établir le diagnostic médical extemporané du groupe et de l'esnèce.

Or, les trichophytons animaux ne causant que la minorité des tri-

(1) L'envahissement du follicule et de ses enveloppes n'est pas niable, étant trop facile à vérifier. Mais certains pourront objecter que puisque le phénomène est constant dans la trichophytie de la barbe, il doit être attribué à une cause physiologique dépendant du poil lui-même, et non à l'espèce trichophytique qui l'envahit.

Je répéterai que quand les espèces qui causent les trichophyties pilaires de la barbe envahissent les cheveux (ex.: Kérion) ils s'accompagnent du même envahissement folliculaire, extra-pilaire. Cela ne dépend donc pas du cheveu qui présente tantôt une forme d'envahissement, tantôt l'autre suivant l'espèce trichophytique qui l'envahit.

chophyties cutanées de l'homme et ne revêtant que très exceptionnellement chez lui la forme de la tondante, ce n'est pas sous ces deux aspects que je dois les décrire.

Au contraire, c'est maintenir à la fois la vérité clinique et mycologique des faits que d'étudier les trichophytons animaux dans leur

localisation à la barbe.

La vérité mycologique, puisque ces espèces seules semblent capables d'engendrer la trichophytie pilaire de ces régions;

La vérité clinique, puisque cette localisation spéciale exclusive à ces espèces, doit rendre à l'ancien type de la mentagre l'autonomie que l'identification grossière de tous les trichophytons lui a fait perdre.

B. - De prime abord, le polymorphisme des trichophyties de la barbe semble se prêter difficilement à une catégorisation des faits. Mais ce polymorphisme est plus apparent que réel, si l'on veut bien distraire d'emblée tous les cas de trychophytie eircinée exclusivement épidermiques des trichophyties pilaires du même siège.

Il y a en effet des trichophyties circinées tégumentaires qui surviennent sur les régions pilaires des joues et du menton mais qui n'enva-

hissent pas le poil, qui ne l'envahissent jamais.

Ce sont là des cas qui en dépit de leur localisation aux régions pilaires ne sont en réalité que des trichophyties proprement épidermiques. Leur nature est jugée par le traitement : Deux applications de teinture d'iode ont raison du processus trichophytique qui est resté constamment superficiel, quelle qu'ait été d'ailleurs sa durée.

Parlant des trichophyties de la barbe, je ne puis passer celles-ci sous silence, vu leur siège. Cependant je les éliminerai tout d'abord, parce que malgré ce siège ce sont des trichophyties épidermiques ba-

nales.

J'userai pour appuyer mon dire d'une comparaison prise dans le sujet même qui m'occupe. J'ai vu et tous les dermatologistes ont vu des cercles trichophytiques occupant la région sourcilière. Cependant je ne crois pas qu'on ait décrit de trichophytie pilaire du sourcil. En tout cas je n'en ai jamais rencontré. Eh bien, dans les deux cas, dans les trichophyties épidermiques du menton et des joues, comme dans les trichophyties épidermiques de la région sourcilière il s'agit de trichophytie circinée « des régions glabres » ayant accidentellement pour siège une région pilaire.

La culture vient vérifier ce que j'avance, et au sourcil comme dans la barbe on obtient dans ces cas, l'une ou l'autre (1) des espèces tri-

chophytiques proprement humaines.

Il est donc logique et je dirai même nécessaires de rayer des tricho-

<sup>(1)</sup> Plus souvent l'une que l'autre, c'est ordinairement une trichophytie à mycélium fragile, à culture acuminée.

phyties de la barbe les trichophyties exclusivement épidermiques occupant ce siège.

Et pour mieux définir ce que je prétends étudier : J'appelle trichophyties de la barbe, celles qui ont pour siège, non seulement les éléments épidermiques mais encore le poil adulte de la région.

Or, toutes les fois qu'ayant ensemencé la racine des poils de la barbe trichophytiques, j'ai obtenu une culture trichophytique, jamais il ne s'est agi d'une espèce de l'un ou de l'autre des deux groupes que j'ai appelés trichophytons humains et pour lesquels je ne suis en droit de soupçonner aucune origine animale.

Toutes les fois, au contraire, qu'il s'est agi de trichophytie seulement épidermique de la barbe, c'était une espèce d'origine humaine qui causait la maladie,

Inversement, toutes les fois qu'un poil adulte de barbe m'a donné une culture trichophytique, c'était celle de l'un des trichophytons spéciaux dont l'origine animale m'est démontrée (14 cas) ou (dans 3 cas) extrêmement probable.

Les trichophyties pilaires de la barbe peuvent être rangées en trois catégories cliniques :

1º Il y a les trichophyties à dermite profonde et circinée, le sycosis circiné (1).

2º Il y a les trichophyties à dermite légère et humide, et disséminée.

3° Enfin il y a les trichophyties sèches, en apparence presque exclusivement pilaires, où la dermite ne se traduit que par une saillie acuminée du follicule analogue à celle de l'ichtyose pilaire.

Telles sont les trois modalités cliniques qu'ont affecté les trichophyties pilaires de la barbe que j'ai observées. A chacune correspond un trichophyton particulier.

1º Au sycosis circiné, le trichophyton à culture blanche;

2° A la trichophytie à dermite humide disséminée le trichophyton à culture jaune, craquelée, vermiculaire;

3° Aux trichophyties sèches en forme d'ichtyose pileire le trichophyton à cultures roses.

J'ai prouvé par la culture directe du cheval, l'origine équine du premier.

C'est sur le cheval que j'ai vu et suivi le second, mais je crois que son origine ordinaire est le veau. Le troisième me paraît d'origine aviaire, car deux fois d'importants commémoratifs sont venus appuyer cette présomption. Je dois dire cependant que je n'ai pas pour ce groupe

<sup>(1)</sup> Voir pour les localisations de cette espèce aux cheveux et à la peau glabre; pour la preuve de son pouvoir pyogène, etc., mon Étude des trichophyties à dermite profonde spécialement de la folliculite agminée de l'homme et de son origine animale. (Annales de l'Institut Pasteur, juin 1893.)

la certitude absolue que donne une culture faite en parlant de l'animal même que le malade incrimine.

Les dix-sept cas de trichophytie pilaire de la barbe que j'ai observés et cultivés m'ont fourni :

Dix fois le trichophyton d'origine équine, à cultures blanches.

Quatre fois la seconde espèce (T. du veau ?) à culture jaune craquelée.

Trois fois l'espèce à cultures roses.

# V. - LES TROIS TRICHOPHYTIES PILAIRES DE LA BARBE

#### A. — Trichophytie à dermite profonde. Le sycosis.

Il n'est pas de dermatologiste en qui le nom de sycosis n'évoque toute la symptomatologie de l'affection à laquelle il a été appliqué.

Cependant par une déviation du sens étymologique, ce nom a pu être donné sans distinction, par quelques auteurs, à toutes les formes de trichophytie pilaire de la barbe. Et c'est, je crois, une chose regrettable.

On observe à la barbe, comme au cuir chevelu, des trichophyties pilaires sèches, pour lesquelles le mot de sycosis devient d'une impropriété de terme flagrante.

En outre, le sycosis trichophytique, aussi bien que ses homologues du cuir chevelu et de la peau glabre, qui sont le kérion de Celse et la folliculite agminée trichophytique (voir la note de la page 19), ont un aspect si saisissant qu'avant toute discussion sur leur origine on leur avait donné un nom spécial.

Il est naturel de conserver à une chose objectivement reconnaissable un nom particulier. Nous dirons donc que parmi les trichophyties pilaires de la barbe, il y a les sycosis, j'ajouterai même que pour les distinguer plus nettement des états sycosiques non trichophytiques du même siège, il faudrait y joindre un qualificatif exprimant l'agmination des lésions élémentaires qu'il comprend, et la circination plus ou moins nette de leur ensemble.

Mieux vaudrait dire: folliculite agminée trichophytique, quel que soit son siège. Cependant, le vieux mot de sycosis a l'avantage de caractériser une forme objective définie, et la comparaison qu'il rappelle n'est pas en vérité trop défectueuse.

Nous appellerons donc sycosis trichophytique, les seules trichophyties pilaires de la barbe qui s'accompagnent de folliculite suppurée agminée en placard, placards ordinairement de forme arrondie.

a) Les sycosis trichophytiques ne se présentent pas toujours avec la même apparence. Il y en a qui offrent l'aspect d'un plateau rond ou ovale nettement délimité à son pourtour, saillant au-dessus de la peau dans toute son étendue, plateau exulcéré, d'aspect fongueux, avec des abcès folliculaires multiples à sa surface.

D'autres présentent une apparence tout à fait anthracoïde. C'est une surélévation du tégument ayant la forme d'un dôme, l'épiderme existe sur toute sa superficie, mais sur le fond de cette tumeur qui est d'une couleur lie de vin se détachent des points suppurés nombreux qui sont encore des abcès folliculaires.

Enfin une troisième forme pourrait vraiment simuler une tumeur épithéliale. La lésion est extrêmement saillante. M. le D<sup>r</sup> Besnier a bien voulu faire exécuter le moulage d'une lésion de ce genre que présentait un de mes malades et qui fait sur la peau du menton une saillie d'un centimètre. Elle est d'un rouge foncé, mamelonnaire, bourgeonnante, criblée d'orifices et d'anfractuosités, ulcérée sur toute sa surface. Le malade présentait un ganglion sous-maxillaire, gros, dur et douloureux.

Quoi qu'il en soit de ces différences, le sycosis garde toujours des caractères reconnaissables:

1º L'élément de la lésion est évidemment une folliculite.

2° C'est l'agmination de folliculites voisines qui produit le placard sycosique.

3º La lésion va jusqu'à la suppuration des follicules envahis, sans que les symptômes de chaleur et de douleur soient en rapport avec l'apparence très inflammatoire de la lésion.

À ces trois points principaux, il faut ajouter que le poil de la région malade est souvent mort et détaché de sa base sans avoir été envahi par le trichophyton. Et que les poils trichophytiques les plus probants que l'on trouve se rencontrent ordinairement sur le pourtour de la lésion. Ils ont les caractères de tous les poils trichophytiques à grosses spores. Ils sont gros, courts et grisâtres.

b) A l'examen microscopique de ces poils on observera d'abord, que non seulement le poil est envahi mais que toute sa gaine folliculaire est comme feutrée de filaments mycéliens et de spores agminées (Pl. V).

Hors ces caractères on pourra rencontrer des différences d'un sycosis trichophytique à un autre sycosis trichophytique. Ainsi, dans la plupart des cas, la spore est très grosse et régulièrement grosse (8-9 \( \extit{\mu}\)) et les filaments mycéliens, que forment les spores par leur réunion sont très solides, peuvent rester intacts après la dissolution complète du poil dans la potasse. D'autres fois au contraire le mycélium est très fragile, et les spores s'égrènent dans la préparation. Enfin quelquefois, dans un sycosis ordinairement très bénin et peu végétant, on trouvera des spores remarquablement petites pour un megalotrichophyton. Elles n'ont que de (5-6 \( \eta\)) de diamètre, et réunies en

agglomérations plutôt qu'en files régulières, dans le poil et hors de lui, elles simuleraient vraiment un trichophyton à petites spores aux yeux de celui qui ne connaîtrait pas cette espèce. Mais là encore, ce n'est qu'une espèce différente du même groupe, et la culture évitera toute méprise. Elle redonnera le type si caractéristique et si spécial des cultures que je vais décrire. Du reste un examen plus attentif montrerait par places, même pour cette espèce, des files de spores régulières et des spores à double contour.

Ces différences dans l'aspect microscopique du poil, que je prends soin de signaler pour qu'on ne cherche pas à tort à réfuter par elles ma description si je la faisais unique, ont une valeur grande en ce qu'elles correspondent à des espèces multiples du type trichophytique à grosses spores, à dermite profonde, à cultures blanches. D'ailleurs, pour un même cas, tous les poils de la lésion offrent un aspect

c) Ces cultures sont les cultures trichophytiques les plus vivaces que je connaisse. Sur moût de bière au 1/5, elles couvrent une superficie d'un décimètre carré en cinq semaines, ensemencées sur une gélose au centre d'un grand matras à fond plat de Gayon.

La culture adulte est d'un blanc pur, d'un blanc de neige formant un ou deux cercles concentriques admirablement réguliers avec une partie duveteuse centrale et une périphérie poudreuse de fins rayons divergents (1).

A côté de ce type se rangent les trois ou quatre variétés qui correspondent aux formes mycéliennes diverses que le poil du sycosis montrait tout à l'heure. J'ai en ce moment sous les yeux les clichés de toutes ces cultures: ils établissent d'une façon aussi probante que possible et la parenté de ces variétés et aussi leurs différences.

Peut-être pourrai-je dans l'avenir rattacher chaque forme clinique de sycosis à chacune de ces variétés. En tous cas la différenciation plus complète de ces types si proches par leurs cultures, leur forme

(1) Ce groupe des trichophyties à cultures blanches, comprend quatre espèces manifestement distinctes.

Ce sont l'une la trichophytie équine qui cause le sycosis de la barbe, le kerion celsi des cheveux, la folliculite agminée des régions glabres;

L'autre la trichophytie du chat. (Espèce nº 2 du premier tableau.)

La troisième que je crois venir du porc sans en avoir encore de preuves (nº 3). La quatrième, la seule du groupe qui présentait une poudre d'un brun café au lait très léger, se rattache au même groupe malgré cette coloration (nº 6 du premier tableau). Je l'ai extraite du cuir chevelu d'un enfant et des tonsures multiples du chien de la maison.

Inutile de rappeler que toutes ces trichophyties quand elles siégaient au cuir chevelu s'accompagnaient toutes de l'envahissement de l'étui folliculaire du cheveu, caractéristique non seulement de ce groupe trichophytique mais des 3 groupes de trichophyties animales que je présente.

botanique et leurs lésions, n'offrirait, je pense, qu'un intérêt exclusivement scientifique; je ne m'y arrêterai pas ici.

Sur tous milieux la culture de ces espèces forme une colonie blanche et poudreuse.

La trichophytie équine, la seule que j'aie rencontrée dans la barbe. la seule par conséquent dont je continuerai ici la description, présente inoculée en strie sur pomme de terre une large traînée blanche couverte d'une fine couche de poudre ressemblant à de la farine ou du plâtre. Un liséré déchiqueté entoure cette large strie, rompu par places par de fines mouchetures, blanches aussi, ressemblant à des éclaboussures d'un liquide projeté sur le milieu (1).

Surgélose (1.1/2), peptone (0,80), maltosée (3,70.0/0) la culture adulte a la forme d'un gâteau blanc absolument rond. Le centre est couvert d'un duvet court, le pourtour présente ces dépressions rayonnées régulières, fréquentes dans les cultures trichophytiques et qui font

autour de la colonie comme un rebord godronné.

d) Examen microscopique du parasite cultivé. - Ce sont ces espèces à cultures blanches qui présentent les appareils conidiens en forme de fuscaux que MM. Neebe Furthmann ont décrits dans le trichophyton atractophoron de M. Unna, formes conidiennes que j'avais niées à tort dans ma première étude mycologique des trichophytons (2).

Ces fuseaux ont de 15 à 50 µ de longueur, sont divisés par des cloisons en deux, trois et même six et sept loges à double contour.

Ces formes et la grappe énorme de ces espèces suffit à les distinguer de toute autre. J'ajouterai que le port même de leur mycélium dans les cultures, que leur aspect branchu et ramifié est tout spécial et permettraient à lui seul de les reconnaître.

e) Histoire générale des différents cas étudiés decette espèce. - J'ai en ce moment dix-neuf cultures trichophytiques provenant les unes de kerion celsi (2), les autres de sycosis (10), les dernières de folliculite agminée des régions glabres. Toutes se rapportent à l'espèce équine que je viens d'étudier ou à ses deux ou trois variétés.

Parmi les malades j'ai pu compter : deux charretiers, un relayeur d'omnibus, un hâleur de bateau, un aide vétérinaire, un entraîneur,

(1) Quelquefois sur pomme de terre, certaines variétés de ce type prennent après quelques jours une forme vermiculaire et tourmentée un peu rose. Mais c'est une forme toute passagère et qu'il est facile par des transferts de ramener à la culture absolument plane du début.

(2) Je les ai fait représenter très exactement dans mon Étude des trichophytics à dermite profonde. Ce ne sont pas là des « fruits à loges » comme avaient dit MM. Neebe et Furthmann, ce sont des formes conidiennes, des formes de reproduction de souffrance. Mais quelles qu'elles soient, leur constance a une véritable importance dans la détermination de ce groupe.

un artilleur, deux cochers, deux manœuvres, et un palefrenier. Ma dernière observation est celle d'un chiffonnier qui se lavait le visage dans le seau même de son cheval que pourtant il savait malade.

J'ai donné ailleurs l'histoire du palefrenier par qui j'ai pu avoir la première culture équine directe de cette espèce trichophytique (1).

Je n'insisterai pas sur l'origine équine des sycosis de tous sièges, qui est, je crois, définitivement établie désormais.

# A. — Trichophytic de la barbe, à forme de dermite humide disséminée.

Cette forme est cliniquement assez polymorphe, j'essaierai cepen-

dant d'en tracer le tableau clinique.

a) Sa première caractéristique est la dissémination des lésions par petits placards. On trouve de deux à dix et douze points malades où l'épiderme est exfolié comme par une application vésicante ou une brûlure légère. Il y a à leur surface une légère exsudation séreuse et quelquefois une gouttelette concrétée d'un jaune d'or est attachée de ci de là à la base d'un poil sain ou malade. C'est là, si l'on veut, de l'épidermite.

La dermite, l'épaississement du derme est à peine sensible aux doigts; enfin en un ou deux points isolés, peut se former accidentellement un minuscule abcès folliculaire, contenant une gouttelette

de pus.

Quelquefois, mais seulement plus tard, on voit apparaître des points d'induration. Mais ces points sont hypodermiques et de plus, tous isolés, sans que ce processus se complique de la folliculite agminée de la forme précédente, de l'hypertrophie papillaire qui s'en accompagne et qui constitue le sycosis végétant.

Ces points indurés profonds et disséminés aboutissent rarement à former des rudiments d'abcès qui peuvent se disposer en chapelets moniliformes suivant les plis sous-mentaux. Ces abcès ne sont pas trichophytiques comme ceux du sycosis, mais microbiens (staphyl. doré).

Je répète qu'ils ont peu de tendance à s'ouvrir spontanément et persistent par places, isolés les uns des autres, simulant un corps étranger dur, sous la peau.

Les poils malades sont nombreux, mais clairsemés. Ils sont gros, grisatres et cassent à l'épilation.

Ainsi:

Épidermite légère disséminée, en petits placards et en points isolés;

<sup>(1)</sup> Trichophyties à dermite profonde (mémoire déjà cité). - Deux très beaux moulages de sycosis du musée Baretta (nºs 897 et 1051) se rapportent l'un à un cocher, l'autre à un palefrenier.

Absence de dermite végétante, pas de tendance à l'agmination des lésions;

Tardivement apparition par places, sous le derme, de petits abcès isolés, qui se terminent d'ordinaire par résolution;

Enfin, poils trichophytiques nombreux, visiblement malades, clairsemés;

Tels sont les caractères de la lésion.

J'ajouterai qu'il n'est pas rare d'observer sur le même malade ou sur un malade de son entourage, un cercle trichophytique qui certifiera le diagnostic de l'espèce.

Le cercle trichophytique est très large (10-12 centim. de diamètre), régulier et présente à son pourtour la même épidermite couverte du

même exsudat, très semblable à l'exsudat impétigineux.

b) A l'examen microscopique, le poil est engainé à sa racine par le parasite. Dans les éléments du follicule on trouve d'abondants trousseaux mycéliens, des chaînes de spores ovoïdes à double contour, d'une dimension qui varie de 9-11 μ. (Les spores de 11 μ sont les plus rares.)

Le poil est beaucoup moins envahi que sa gaine folliculaire.

c) A la culture: Sur gélose au moût de bière, autour d'une petite acumination centrale se forme une aréole poudreuse d'un jaune grisâtre, dont partent bientôt des rayons arborescents en feuille de fougère très élégants. Puis à un centimètre de distance du centre se forme une zone concentrique régulière de poudre de même couleur, d'où repartent les mêmes rayons arborescents (1).

Sur gélose (1.1/2), peptone (0,80), maltosée (3,70 0/0), la culture se présente avec un centre craquelé, formé de contournements cérébriformes. De ce centre chiffonné et un peu exhaussé partent des plis rayonnés à peu près réguliers. Aréole poudreuse brunâtre, dont la poudre de plus en plus sine et ténue est entourée de sins rayons

immergés.

Sur pomme de terre en strie, large traînée de poudre blanche, excessivement ténue, couvrant incomplètement le milieu et laissant transparaître un fond brunâtre, mordoré.

(1) Il est à remarquer que sur les géloses au moût de bière en tube, cette espèce dont la couleur ressemble à celle des mégalotrichophytons humains ne peut

en être différenciée sans peine.

Pour s'assurer de cette différence, il faut porter la culture sur une même gélose dans un matras à fond plat. La culture se développant librement en tous sens, prendra un aspect tout à fait caractéristique et complètement distinct des trichophytons de l'homme placés dans les mêmes conditions.

C'est pour n'avoir pas fait dès le début cette différenciation qui nous apparaît maintenant comme si facile que nous avons dans notre premier mémoire attribué une partie des trichophyties pilaires de la barbe au même trichophyton à grosses

spores que la mégalotrichophytie tondante de l'enfant.

d) A l'examen microscopique du parasite cultivé, la caractéristique de cette espèce en dehors de la grappe est la formation sur le trajet des filaments mycéliens d'une ébauche de périthèque.

Le filament en un point donné se renfle irrégulièrement en une masse de 15  $\mu$  de longueur sur 10 à 12  $\mu$  environ contenant visiblement

de 3-5 spores réfringentes à double contour (1).

e) Histoire générale des différents cas étudiés de cette espèce. — J'ai rencontré cette espèce chez l'homme, six fois en tout. Deux fois elle formait d'énormes cercles trichophytiques de la face, à bordure impétigineuse. Un des quatre malades qui m'offrit à l'examen cette tricophytie avec localisation à la barbe, au cours de son évolution, présenta un énorme cercle trichophytique semblable de la nuque, qui atteignit douze centimètres de largeur en moins de dix jours. Un autre contamina sa fille sous forme de teigne tondante (cas unique relaté dans mon premier mémoire). Un troisième m'amena sa fillette de trois ans avec un cercle semblable de trichophytie circinée du cou et un second de la fesse.

Cette espèce qui paraît donc extrêmement contagieuse pour l'homme, au moins sous la forme de trichophytie circinée, s'est présentée à moi :

Une fois chez un vacher;

Une fois chez une jeune fille, employée dans un établissement rural pénitencier;

Enfin un de mes malades, officier d'artillerie, la contracta en province dans des circonstances qui méritent d'être rapportées.

Pendant un an et demi, le régiment auquel il appartenait a présenté successivement deux cent cinquante cas de trichophytie équine. Six infirmiers vétértnaires en ont été atteints, et l'officier que j'ai soigné la contracta, le septième sous forme de trichophytie pilaire de la barbe.

(1) On sait que la caractéristique des mucédinées est de ne former ni zygospores, ni ascospores contenues dans un périthèque. Mais que suivant la théorie cryptogamique actuelle, tous (?) les champignons inférieurs provisoirement classés aujourd'hui parmi les mucédinées devront être enlevés de ce cadre quand leurs formes plus élevées (ascosporées par exemple) seront connues.

Nous n'hésitons pas à dire que si l'on peut dans l'avenir déterminer la classe plus élevée de champignons dont les trichophytons sont les formes infimes, c'est à cette espèce tricophytique qu'il faudra s'adresser pour chercher les formes élevées

de reproduction qui permettront ce nouveau classement.

(2) Je dois présenter ici à M. Angot, vétérinaire en premier de l'armée, l'expression de ma bien sincère gratitude. J'ai pu, grâce à son extrême obligeance, examiner sur place et suivre la maladie chez le cheval. J'ai reçu en outre de lui, à plusieurs reprises, tant pour l'examen que pour la culture, les squames et les poils de tous les derniers chevaux atteints.

### C. — Trichophytic sèche de la barbe, à forme d'ichtyose pilaire.

a) Le malade, quand il se présente à l'examen médical, accuse seulement un léger prurit des joues et se plaint de ce qu'il s'écorche en se rasant.

L'examen objectif montre un granité de la peau excessivement prononcé. Chaque poil occupe le sommet d'un petit cône, comme dans la xérodermie ou kératodermie pilaire.

Ce cone, quand le rasoir ne l'a pas tronqué, est sec, très peu squameux. Le poil qui en émerge est cassé à trois ou quatre millimètres

de la peau.

Il est engainé d'un étui épidermique visible, qui lui forme une collerette à un millimètre au-dessus de son point d'émergence. Le poil est gros, un peu grisâtre. Il casse à l'épilation, mais assez près de la racine. Il est toujours facile dans cette forme de retrouver les poils malades qui sont disséminés en petits placards et même isolés parmi les cheveux sains.

Quand la trichophytie a envahi l'épiderme, elle forme un demi ou un quart de cercle trichophytique, squameux, gras, un peu surélevé. Jamais dans cette forme, on n'observe aucune trace d'un processus inflammatoire quelconque. C'est une trichophytie sèche, absolument sèche. Sa marche est lente et torpide.

b) L'examen microscopique du poil (Pl. V) montre:

1° Que le parasite, comme dans toutes les trichophyties pilaires de la barbe, occupe non seulement le poil mais sa gaine.

2º Le poil est occupé par des séries linéaires de grosses spores (9 μ) rondes à double contour, qui le remplissent complètement.

Quand le poil dissocié par la potasse est tant soit peu écrasé, toutes ces spores se dissocient et s'égrènent dans le champ de la préparation, sans garder leur agmination en longs filaments.

3° Dans la gaine au contraire, les filaments mycéliens, beaucoup plus grêles que les chaînes de spores, sont cependant beaucoup plus solides, ils sont sporulés par places, non sporulés à leur extrémité.

Au lieu d'être dirigés suivant le grand axe du poil, comme les files de spores que le poil contient, les écheveaux de filaments mycéliens de la gaine ont une direction ondulée, curviligne, et plutôt transversale au grand axe du poil.

Sur des préparations bien faites on peut observer ainsi sur deux plans successifs: 1° les minces filaments mycéliens de la gaine folliculaire, faisant un réseau autour du poil; 2° le poil bourré de grosses spores et contenu dans ce réseau comme dans une cage (Pl. V).

c) Cultures. — De tous les groupes trichophytiques que je

connais, c'est celui dont la culture est la plus lente sur le milieu

d'épreuve (gélose peptone, maltosée).

Sur moût de bière gélosé, la culture est un peu plus rapide, elle naît sous la forme d'une houppe soyeuse de duvet aérien blanc. A sa face dorsale son centre est marqué par une tache noire permanente. Elle grandit sans cesser d'être pelucheuse, et au bout d'un mois environ présente des plis rayonnés. Sa surface devient d'un rose tendre, tandis que le mycélium immergé de la profondeur devient d'un violet framboise.

Sur pomme de terre en strie : colonies isolées acuminées, violâtres peu actives.

Sur gélose peptone (0,80), maltosée (3,70 0/0), gâteau rose à stries rayonnées, à petit duvet central blanc.

d) A l'examen my cologique des cultures en goutte, on observe quelques caractéristiques du groupe:

1º La grappe courte ;

2° La disposition des spores pédiculées une à une sur toute la longueur des tubes mycéliens adultes.

3º Des couronnes de spores disposées régulièrement autour des septa mycéliens (1).

e) Histoire générale des différents cas étudiés de ce groupe.— Ce groupe trichophytique renferme à ma connaissance deux espèces. Chez les trois hommes qui m'ont présenté cette trichophytie pilaire, l'espèce était exactement la même.

Pour le premier et le troisième qui attribuaient leur contagion au rasoir, je n'ai pu recueillir aucun commémoratif « animal » important. Le second avait nettoyé un pigeonnier deux semaines avant la pre-

mière lésion de la peau (?)

La même espèce a été recueillie par moi d'une tondante de l'enfant. C'est celui qui présentait le commémoratif de la blessure faite par un coq, et que j'ai cité plus haut. Comme pour presque toutes les tondantes d'origine animale, cet enfant présentait ses trois énormes plaques trichophytiques, en bordure des cheveux.

La seconde espèce (nº 5 du 1er tableau), une trichophytie circinée tégumentaire, s'est rencontrée sous la forme de placards secs, très peu saillants, mais surélevés également dans toute leur surface et rappelant, sauf l'épaississement tégumentaire, des placards d'eczéma séborrhéique.

Je dois rappeler que les cultures de ce groupe sont celles dont les caractères correspondent à ceux qu'a fournis une trichophytie du coq décrite par MM. Mégnin et Duclaux.

<sup>(1)</sup> Le second de ces caractères semble rapprocher ce groupe des Sporotrichum, le second au contraire est parmi les plus caractéristiques du groupe des Botrytis.

#### VI. - CONCLUSIONS

Dans les conclusions de ce travail, je m'abstiendrai de rappeler toutes les propositions que je n'ai pas encore discutées et prouvées, en particulier celles qui ont trait aux mégalotrichophytons de l'homme, pour me renfermer strictement dans la limite des faits établis.

Les faits établis sont les suivants :

1º Parmi les trichophytons à grosse spore qu'on rencontre sur l'homme, un certain nombre ont pour caractéristique à eux spéciale, d'envahir non seulement le cheveu ou le poil, mais les éléments épidermiques de son follicule. Et cela quel que soit le siège de la lésion pilaire: au cuir chevelu, ce qui est exceptionnel (2 cas p. 100) (1) ou à la barbe, ce qui est la règle.

2° Les mégalotrichophytons isolés directement des lésions trichophytiques des animaux quand ils se sont retrouvés sur l'homme se sont tous accompagnés de cette particularité de l'envahissement du follicule autour du poil.

3º Dix-sept cas consécutifs de trichophytie pilaire de la barbe de l'homme:

a) Ont fourni sans exception à l'examen microscopique cette particularité spéciale de l'envahissement des éléments du follicule par le parasite :

b) Et ont redonné chacun à la culture, soit l'une des espèces isolées directement de l'animal, 14 cas, soit — dans 3 cas — une espèce dont l'origine aviaire est probable quoique non encore démontrée.

De ces faits, il résulte :

1º Que la trichophytie pilaire de la barbe chez l'homme, semble relever directement et exclusivement de l'inoculation (médiate ou immédiate) des trichophytons animaux;

2º Que sa contagion sous forme de trichophytie des cheveux (teigne tondante) est tout à fait exceptionnelle;

3º Que l'ancienne conception de la Mentagre parasitaire, espèce morbide dissemblable de la tondante, était vraie et doit être rétablie.

(1) On trouve l'envahissement du follicule dans 5 ou 6 cas sur cent de mégalotrichophytie des cheveux, mais celles-ci ne forment pas la moitié des teignes tondantes, les autres constituant la trichophytie à petites spores. D'où la proportion totale de 2 p. 100.

#### EXPLICATION DES PLANCHES

- PL. IV.—Trichophyton megalosporon pyogène du cheval (culture blanche) dans le poil de l'homme (sycosis trichophytique). Non seulement le poil est envahi, mais sa gaine.
- Grossissement de 180 diamètres. Un fragment A est représenté grossi à 300 diamètres, c'est-à-dire avec le même grossissement que les planches III et 1V du mémoire.
- PL. V. Trichophyton megalosporon d'espèce aviaire? (culture rose) dans le poil de l'homme.
- Trichophytie sèche de la barbe en forme d'ichthyose pilaire. Mêmes grossissements que la planche IV.

#### SUR LE MICROBE DU CHANCRE MOU

Par le Dr Rudolf Krefting.

Chef de clinique des maladies cutanées, à l'Université de Christiania.

Comme complément à mes publications antérieures sur le microbe du chancre mou (Nordisk medicinisk Archiv., 1891; Archiv. für Derm. und. Syph., 1892, supplément 1; Annales de Dermatologie, 1893, n° 2, je me permets de communiquer le résultat des recherches microscopiques, opérées sur des parties de peau du bord d'un bubon virulent ulcérant.

Ces recherches ont un grand intérêt et viennent d'une manière considérable à l'appui des recherches précédentes sur le microbe du chancre mou.

Une fille àgée de 22 ans se présentait le 6 avril 1893 avec un bubon ulcéré de l'aine gauche. Elle n'avait pas été traitée auparavant. L'ouverture de l'abcès qui dure depuis une quinzaine s'est faite il y a cinq jours.

Elle déclare, qu'elle a eu, il y a environ deux mois, des ulcérations de l'entrée du vagin et qu'elle a été infectée par un individu qui a été traité chez un médecin pour un chancre mou.

État présent : A l'examen on ne trouve rien de pathologique ni à l'entrée du vagin ni ailleurs, sur les lèvres.

A l'aine gauche, on trouve une plaie profonde de la grandeur d'une pièce de deux francs dont la surface est couverte d'une matière jaunâtre.

Les bords sont décollés et il s'y trouve une quantité considérable de pus. En plusieurs endroits la peau est comme déchiquetée sur les bords de la plaie surtout dans la partie supérieure, l'ulcération s'est avancée à plus de 1 centim. en dessous de la peau rendue rouge par l'inflammation. La peau dans tous les environs de la plaie du bubon est enflammée.

Avec la sécrétion de la plaie on a fait deux inoculations expérimentales au côté gauche de l'abdomen.

Plusieurs morceaux de cette peau mangée en dessous, ont été coupés pour être durcis et soumis à un examen microscopique.

9 novembre. L'inoculation a donné un résultat positif avec une pustule caractéristique dont le contenu à l'examen montra la présence des bacilles décrits par Ducrey et par moi.

Après l'enlèvement de la pustule on remarque une perte de substance caractéristique, comme après les inoculations de chancre mou.

On a soumis le bubon à un traitement par le dermatol et employé un bandage d'amidon.

12 avril. Le chancre d'inoculation s'est développé. Il a été détruit au moyen d'acide nitrique (fumant).

Le bubon ne laisse guère voir de tendance à la guérison.

Sécrétion considérable.

La malade qui est domestique est en mouvement toute la journée.

Le 17. Dans la partie inférieure la plaie du bubon s'est un peu purifiée tandis que l'ulcération dans la partie supérieure continue à creuser la peau.

Plusieurs parties de cette peau ont été coupées et soumises à un examen microscopique.

La plaie qui avait été détruite, le 12 avril, au moyen d'acide nitrique se développa de nouveau à l'un de ces côtés. Nouvelle cautérisation.

Par égard pour la malade, on n'a pas fait d'autres inoculations.

Quatre petites parties de cette peau mangée en dessous, ont été excisées le 6 avril et deux autres le 17 du même mois, et ont été placées, une fois durcies par l'alcool, dans la celluloïdine pour être soumises à un examen microscopique.

Les coupes qui ont été faites aussi minces que possible, ont été trempées avant la coloration dans l'eau distillée, répandues sur le porte-objet et séchées au moyen de papier brouillard.

On se sert pour la coloration d'une solution de borax et de bleu de méthyle modifiée d'après la méthode d'Unna et préparée selon la formule suivante :

Bleu de méthyle	aa		
Bleu de méthyle		1	gr.
Eau distillée		100	gr.
Alcool		20	gr.

Chauffer jusqu'à réduction à 100 gr. et ajouter :

Bleu de méthyle		1	gr.
Borax			
Eau distillée		100	or.

La coloration qui doit surtout être opérée sur le porte-objet prend de cinq à deux minutes. Ensuite on sèche la couleur superflue avec du papier brouillard comme d'après la méthode de coloration de fibrine de Weigert.

La décoloration des coupes se fait au moyen d'huile d'aniline et de xylol (plus d'aniline que de xylol), s'opère très lentement et prend, plus ou moins de temps, même jusqu'à 2 heures, selon l'épaisseur des coupes.

Enfin xylol et baume de Canada.

La méthode paraît être un peu capricieuse, vu que la décoloration ne se fait pas d'une manière régulière. Il s'agit avant tout de trouver le moment propice quand la partie de la préparation qui répond au tissu granuleux est convenablement décolorée.

Les coupes de toutes ces parties de peau avaient à l'examen microscopique le même aspect.

ANN. DE DERMAT. - 3º 8ie. T. IV.

La couche épidermique est normale.

Les papilles se montrent allongées, infiltrées de cellules. Les cônes du corps muqueux sont allongés d'une manière égale.

Ailleurs, on voit un tissu granuleux ordinaire qui s'avance presque jusqu'aux papilles.

Dans les préparations qui ont réussi, ou aperçoit que surtout vers la surface le tissu granuleux est plus ou moins composé de faisceaux, de chaînes de bacilles qui s'infiltrent à travers le tissu dans tous les sens.

Là où la quantité des microbes est la plus grande vers la surface, il est difficile d'obtenir une image nette de bacilles séparés.

Quand on rencontre des endroits avantageusement décolorés, on peut apercevoir en partie des bacilles isolés, en partie des fissures presque remplies de bacilles distincts, de même qu'on peut en voir groupés en grande quantité dans les cellules rondes.

Le résultat de ces recherches microscopiques est d'ailleurs tout à fait le même qu'avec les chancres excisés, lorsqu'on accepte que la quantité des microbes dans les préparations faites dans les coupes du bubon, paraît être beaucoup plus considérable.

Elles sont aussi décolorées au moyen de la méthode de Gram. On les décolore aussi en se servant simplement d'alcool.

Depuis mes dernières publications, j'ai eu l'occasion d'examiner trois nouveaux cas de chancres excisés. Le résultat de ces recherches s'accorde complètement avec mes recherches précédentes.

J'ai aussi fait de nouvelles recherches sur des pustules d'inoculation et toujours trouvé des bacilles dont on pouvait démontrer la présence en plus grand nombre dans les pustules vieilles d'un jour.

Le nombre des baçilles avait l'air d'être proportionnel avec le plus ou moins de réussite des inoculations.

Quand cette réussite était tardive et faible, il était souvent difficile de retrouver les bacilles. Un malade m'a offert particulièrement une matière excellente pour mes recherches vu que ses chancres se sont montrés être très virulents.

Vingt-quatre heures après l'inoculation on remarquait déjà des pustules caractéristiques. Dans la sécrétion de ces pustules on pouvait démontrer la présence de bacilles, en très grande quantité et placés à l'intérieur et autour des cellules rondes.

Dans certains endroits des préparations de ce pus, on pouvait remarquer clairement que les bacilles se plaçaient l'un après l'autre en chaînes, comme on les trouve dans les préparations des coupes, mais seulement en courtes chaînes.

Dans les derniers temps j'ai aussi examiné la sécrétion des ulcères de chancre mou et trouvé en plus ou moins grand nombre les mêmes microbes que dans les pustules d'inoculation.

Cependant on les trouvait en moins grand nombre dans cette sécrétion.

Dans le pus du bubon virulent précité on pouvait aussi de la manière habituelle démontrer la présence de bacilles sans mélange d'autres microbes.

Sans attacher de grande importance à l'observation de bacilles dans le pus de ces plaies, je ne veux cependant pas omettre de faire remarquer qu'il s'en trouve dans ces plaies.

De nouveaux essais de culture sur différentes bases alimentaires artificielles ont continué à donner un résultat négatif.

En outre on a essayé de se servir comme base alimentaire de morceaux de chair humaine pris de la musculature d'une jambe amputée, avant qu'elle se fut refroidie, et en observant des précautions aseptiques. Cette chair a été placée dans des tubes avec du sérum humain stérilisé et posée dans une couveuse.

Avant de se servir de ces tubes on les a laissés pendant deux jours dans une couveuse à 37° et ils se sont montrés stériles.

Au moyen d'une pipette de Pasteur on a aspiré une petite quantité de pus venant des pustules d'inoculation, datant de deux à trois jours, d'un malade qui avait des chancres très virulents et on l'a déposée au fond des tubes.

Après un certain délai dans la couveuse on n'a trouvé que des cocci.

L'inoculation de ces cultures chez le même malade n'a donné aucun résultat.

On peut résumer les résultats des recherches qui ont été faites concernant le microbe du chancre mou de la manière suivante :

On peut démontrer la présence des microbes décrits en premier lieu par Ducrey et ensuite par moi.

1º Dans la sécrétion des plaies chancreuses simples et des bubons virulents.

2º Dans le contenu des pustules suscitées par l'inoculation du pus des plaies chancreuses et des bubons virulents (culture pure sur la peau).

3º Dans les coupes histologiques tant des chancres simples excisés que des morceaux excisés des bords de la plaie d'un bubon virulent.

Jusqu'à présent on n'a pas réussi à les cultiver sur des bases alimentaires artificielles.

A cet égard ces bacilles partagent le sort des bacilles de la lèpre.

# LE RÉFLEXE TENDINEUX DU GENOU DANS L'ÉRUPTION PRIMITIVE DE LA SYPHILIS

Par le Dr Valentin Zaroubine (de Saint-Pétersbourg).

L'état du système nerveux central dans la période secondaire de la syphilis présente un intérêt considérable au point de vue scientifique, car bon nombre de phénomènes dans la période condylomateuse démontrent indubitablement l'existence d'une affection sympathique de l'organe central pendant cette période de la maladie. C'est un fait depuis longtemps avéré que les désordres dans la sphère motrice et la sphère sensorielle accompagnent assez souvent les phénomènes secondaires de l'efflorescence syphilitique. Par contre, c'est à peine si on a ébauché l'étude des phénomènes réflexes, lesquels, étant dûment recherchés, nous donneraient la clef de toute une série de conclusions importantes, sur l'état et les modifications de la moelle épinière chez les syphilitiques récemment infectés.

La question sur l'état de l'activité réflexe au début de l'infection syphilitique générale vient d'entrer sur le terrain scientifique tout récemment. Jarisch (1) avait remarqué l'augmentation des réflexes cutanés et tendineux dans la période initiale de la syphilis. Finger (2) avait fait des recherches sur les réflexes cutanés et tendineux dans les cas récents de la syphilis à la période secondaire; son attention se portait tout particulièrement sur l'éruption et l'évolution de l'exanthème syphilitique primitif. Malheureusement, ses recherches se faisaient suivant le procédé clinique ordinaire n'ayant aucune valeur pour les observations précises. Or, malgré l'insuffisance des méthodes employées, Finger prend la liberté d'énoncer les oscillations typiques de l'excitabilité réflexe qu'il prétend avoir trouvées avec une grande constance; notamment, au moment qui précédait l'éruption et au début de cette dernière il y avait une élévation de l'excitabilité réflexe suivie immédiatement par une diminution, et puis l'excitabilité réflexe augmentait lentement, peu à peu, à sa hauteur normale.

Ainsi cette question d'importance et d'intérêt majeurs n'a pas encore été étudiée jusqu'à présent.

En vue de ces considérations j'entrepris une série d'observations sur l'activité réflexe dans la période secondaire de la syphilis constitutionnelle.

<sup>(1)</sup> ADOLPHE JARISCH. Wiener medic. Blätter, 1881, nos 12 et 13, p. 353 et suiv.

<sup>(2)</sup> E. FINGER. Vierteljatresschr. f. Dermatol. und Syph., 1881, p. 255.

Pour la constatation de l'état des réflexes je me bornai à la recherche du réflexe du genou seulement. Mes recherches ont été exécutées à l'aide du procédé perfectionné suivant. Pour déterminer l'intensité de la contraction du muscle quadriceps fémoral je me servais de l'instrument inventé par Alélékoff (1). Je me fais un devoir d'en donner une idée sommaire ici-même.

Deux cercles en zinc, à axe unique, sont assujettis des deux côtés d'un tabouret; l'un deux, le plus grand, est fixe, et présente une échelle à graduation; le second, le plus petit, se meut sur l'axe, avec une aiguille fixée au cercle et un bouton faisant saillie ; ce cercle peut tourner autour de son axe, où se trouve aussi un levier à bras horizontal, qui s'en écarte dans la direction verticale; le levier à un mouvement libre de rotation autour de l'axe, étant séparé du petit cercle par des traverses. En soulevant le levier jusqu'au niveau du bouton on fait tourner en même temps le petit cercle et l'aiguille parcourt l'arc gradué; en abandonnant le levier à lui-même on le fait revenir à sa position verticale, sans que le petit cercle prenne part à ce mouvement, et l'aiguille de ce cercle indique le chiffre des degrés de l'angle formé par le levier au moment où nous l'avons soulevé. Le sujet se met sur le tabourct et l'appareil est fixé au moyen d'une vis de pression de façon à ce que l'axe des roues et du levier coïncide avec le centre de l'articulation du genou; le bras horizontal du levier embrasse la jambe par-devant; on fait tourner le petit cercle de façon a ce que le bouton effleure le levier; une fois le coup porté, nous obtenons le réflexe du genou qui soulève au-devant le bras et le levier, fait tourner le petit cercle et l'aiguille à un certain nombre de degrés qu'il est facile de noter vu que le petit cercle reste immobile et ne participe pas dans le mouvement de retour. Cette partie de l'appareil sert à enregistrer les chiffres. A la disposition établie par M. Alélékoff pour porter le coup sur le tendon du genou j'avais substitué le réflexomètre Danillo (2).

J'ai fait mes recherches à la clinique des maladies vénériennes du professeur B. Tarnowski à Saint-Pétersbourg, sur les malades internés, qui ne souffraient ni d'aucune affection du système nerveux ni d'alcoolisme, et qui ne présentaient pas de modifications particulières dans le cours de la syphilis. Voilà pourquoi on en vient nécessairement à la conclusion que les désordres observés dans la sphère des réflexes se rattachent à la syphilis. Les recherches se faisaient autant que possible dans des conditions identiques de posture, de temps et de place. Les malades étaient soumis au traitement local; au

A. Alélékoff. Sénilité. Étude clinique dans le domaine du système nerveux et de la psychophysiologie. Thèse de doctorat. Saint-Pétersbourg, 1892, p. 88 (en russe).
 S. F. Danillo. Comptes rendus des séances et mémoires de la Société de biologie, 1882, p. 595.

début des premiers symptômes de l'éruption on les traitait par des injections inter-musculaires de salicylate de mercure; deux de ces malades n'étaient pas soumis au traitement général par le mercure immédiatement après la manifestation chez eux des symptômes secondaires, mais on les laissa suivre pendant un certain temps le traitement local. J'ai suivi dans un ordre systématique 8 cas et tous mes malades étaient entrés à l'hôpital, la manifestation initiale récente de l'infection.

Les résultats finaux de mes recherches se résument à ce qui suit : dans tous les cas je pus constater l'élévation, quelquefois très considérable de l'excitabilité réflexe des tendons, par conséquent, le renforcement du phénomène du genou au début de l'éruption primitive, l'élévation était immédiatement suivie d'une chute progressive de l'excitabilité réflexe, laquelle tombait souvent audessous de la normale; puis derechef elle remontait assez rapidement à sa hauteur normale. Le chiffre inférieur de l'excitabilité réflexe pendant sa chute correspondait au huitième ou au quinzième jour à partir de son élévation maximale; l'élévation successive de l'excitabilité réflexe jusqu'à sa hauteur normale se montrait du second au cinquième jour à partir du moment où l'intensité réflexe était à son minimum. Ces oscillations s'observent le plus nettement chez les sujets présentant à l'état normal même une intensité considérable des réflexes. Dans les cas à la méthode expectante je n'ai point observé de modifications dans le cours de l'excitabilité réflexe par rapport au type ci-dessus mentionné.

Par conséquent, mes recherches sur les réflexes tendineux du genou confirment en général les résultats obtenus par Jarisch et Finger.

On se demande quelle est la nature des lésions du système nerveux central ou périphérique dont les phénomènes observés sont l'expression? Quelle importance peuvent avoir ces résultats pour le pronostic touchant l'état et les modifications finales de ces organes dans la syphilis en évolution? D'après toutes les données de la littérature connues jusqu'ici, les désordres que nous avons constatés dans la sphère des réflexes pendant les formes initiales et récentes de la syphilis doivent être rapportés à la lésion du centre même du réflexe du genou, lequel, d'après Tschirjew (1) se trouve dans le renflement lombaire de la moelle épinière, ou plus exactement à l'origine du n. fémoral; prenant donc pour base les travaux de Ljunggren (2) et de Lang (3),

S. TSCHIRJEW. Archiv für Psychiatrie und Nervenkrankheiten, 1878, t. VIII, XXXVIII, p. 689; Archives de physiologie, 1879. Deux. sér., t. VI, p. 295.

<sup>(2)</sup> ALRIK LJUNGGREN. Archiv, f. Dermatol. und Syphilis, 1871. Heft III et IV, p. 333 et suiv.

<sup>(3)</sup> EDOURD LANG. Wiener med. Wochenschrift, 1880; Vierteljatresschr. f. Dermatol, und Syphilis, 1881, p. 469.

on peut envisager les hyperhémies en foyers du tissu nerveux comme point de départ de toutes ces modifications.

En terminant, je m'en vais passer en revue des faits qui présentaient un intérêt particulier dans mes observations. Ainsi dans un cas l'élévation de l'excitabilité des réflexes tendineux était suivie par sa chute non seulement au-dessous de la normale, mais jusqu'à son abolition complète; il nous fut impossible de provoquer le phénomène du genou dans les conditions ordinaires de l'expérimentation.

Une autre particularité intéressante que je trouve chez un malade se résume à ce qui suit : on observe un ralentissement assez notable de la conductibilité simultanément avec l'élévation de l'excitabi-

lité réflexe.

Enfin le dernier cas présente un intérêt spécial quant à l'importance du réflexe rotulien au point de vue du diagnostic. Notre malade avait des antécédents dans son anamnèse; grâce à cette condition, le corps du malade, au début des symptômes secondaires, ne présentait que des efflorescences isolées, que la définition de leur origine se heurtait à de grandes difficultés. En suivant l'état de ce malade jour par jour, je pus constater une augmentation des plus nettes de l'excitabilité réflexe qui se développe en même temps que l'éruption peu abondante « d'un caractère mal défini », avec un synchronisme prodigieux; cette condition-là me décida de poser le diagnostic au début de l'éruption syphilitique; l'observation ultérieure du cours de l'affection syphilitique générale confirma la justesse de mon diagnostic.

C'est un fait très curieux que cette faculté des modifications qui se produisent dans l'activité réflexe de pouvoir servir comme moyen auxiliaire pour le diagnostic de toute une série de troubles secondaires à leur début, alors même que les autres symptômes ne l'indiquent pas encore, de jouer pour ainsi dire le rôle du baromètre. A mon avis, on pourrait utiliser ce nouveau signe diagnostique dans

certains cas pour poser un diagnostic définitif.

# SOCIÉTÉ FRANÇAISE DE DERMATOLOGIE ET DE SYPHILIGRAPHIE

## SÉANCE DU 13 JUILLET 1893

PRÉSIDENCE DE M. ALFRED FOURNIER

Le président, après avoir annoncé la perte douloureuse que vient de faire la Société en la personne de son président M. ÉMILE VIDAL, donne la parole à M. Broco pour lire une notice nécrologique sur M. Vidal.

Voir page 805.

Le président donne ensuite lecture de la lettre de M. le professeur Neumann, président de la Société viennoise de dermatologie, témoignant de la part que prend cette Société au deuil qui nous frappe.

La séance est levée en signe de deuil.

Le secrétaire.

HENRI FEULARD.

#### SÉANCE DU 20 JUILLET 1893

#### PRÉSIDENCE DE M. ALFRED FOURNIER

SOMMAIRE : Correspondance imprimée. — Lymphangite subaiguë chez un syphilitique, par M. Du CASTEL. - Hydroa-buccal, par M. Du CASTEL. (Discussion : MM. A. FOURNIER, G. BAUDOUIN.) - Mycosis fongoïde, par M. TENNESON. (Discussion : M. HALLOPEAU.) - Sur l'origine animale des trichophyties de la barbe, par M. SABOURAUD. - Examen histologique des reins dans un cas de mal de Bright syphilitique précoce, par M. J. DARIER. - Syphilis rénale précoce, par MM, DARIER et HUDELO. (Discussion: MM, A. FOURNIER, BARTHÉLEMY, TENNEson.) - Maladie pigmentée, urticante, par M. QUINQUAUD. (Discussion : MM. TEN-NESON, BARTHÉLEMY.) - Urticaire pigmentée, par M. H. FEULARD. (Dicussion : M. RAYMOND.) — Verrues planes juvéniles, par M. H. FEULARD. — Syphilome anal par MM. A. FOURNIER et MENDEL. - Dystrophie papillaire et pigmentaire, par M. DARIER. (Discussion: M. BARTHÉLEMY.) - Dystrophie papillaire et pigmentaire. (Acanthosis nigricans), par MM. HALLOPEAU, JEANSELME et MESLAY. (Discussion : M. DARIER.) - Sur le diagnostic différentiel de quelques variétés de folliculites et notamment de l'acnitis et de la folliclis, par M. BARTHÉLEMY. -Les hémorrhagies syphilitiques du cercle ciliaire, par M. GALEZOWSKI. — Variété singulière d'alopécie congénitale par M. AUDRY. - Élections,

## Correspondance imprimée.

M. Ernest Besnier présente de la part de M. le professeur E. von Düring, de Constantinople : 1° Une brochure intitulée Komplete Anurie von elftägiger Dauer mit Ausgang in Genesung;

2º Un tirage à part d'un mémoire inséré dans le Monatshefte f. derm., XVI Band. 1893, intitulé: Lichen, Lichen neuroticus und Pityriasis rubra pilaris.

Voici les conclusions de ce travail :

« Le pityriasis rubra pilaire, lichen ruber acuminé (Kaposi), n'est pas, cliniquement et anatomiquement, un lichen, mais une maladie sui generis. Le mérite de l'avoir défini et décrit au point de vue clinique et anatomique appartient à l'hôpital Saint-Louis et tout spécialement à Besnier.

2º Dans la première description du lichen ruber par de F. Hebra, il n'y a qu'un petit nombre de traits qui s'appliquent au lichen ruber acuminé de Kaposi, lequel est identique, d'après l'explication de ce dernier auteur, au pityriasis rubra pilaire.

3º F. Hebra a vu :

 a) Des cas de lichen nerveux dont nous trouvons de nombreux traits dans sa description;

b) Des cas de lichen généralisé; ceci résulte de l'entente avec Wilson;
 c) Des cas de pityriasis rubra pilaire, — autrement la confusion ultérieure n'aurait pas pu se produire.

4º Plus tard Kaposi, en séparant le lichen plan du lichen acuminé, a

rendu complète la confusion du pityriasis rubra pilaire avec le lichen et effacé par là le tableau initial du lichen ruber de F. Hebra. Sa description (dans son ouvrage) du lichen ruber acuminé ne s'applique plus qu'au pity-

riasis rubra pilaire, abstraction du pronostic.

5° Unna a décrit une forme aiguë de lichen; comme il y a retrouvé des traits essentiels de la description de F. Hebra (première édition) il a désigné ces cas sous le nom de lichen ruber acuminé; ce n'est que plus tard, à Paris, qu'Unna a appris à connaître le pityriasis rubra pilaire. Cette forme aiguë de lichen qui se trouve comprise dans la description d'Hebra, à côté du lichen généralisé, présente dans son évolution clinique des caractères tellement particuliers qu'il faut la regarder comme une variété spéciale de lichen. Nous la désignons sous le nom de lichen nerveux proposé en dernier lieu par Unna.

#### Lymphangite subaiguë chez un syphilitique.

Par M. DU CASTEL.

Le nommé A..., Gustave déménageur, âgé de 30 ans, entre le 22 juin 1893 dans le service du Dr Du Castel, à l'hôpital Saint-Louis, pour un œdème du scrotum et du fourreau de la verge.

Il a eu il y a un an un chancre syphilitique qui a été suivi de roséole et de plaques muqueuses buccales et périanales.

Quelques jours avant son entrée, nouvelle poussée de plaques muqueuses sur les bourses.

Sans demander avis à un médecin, le malade badigeonne énergiquement ses plaques muqueuses avec de la teinture d'iode pendant six jours consécutifs.

C'est à la suite de ce traitement intempestif qu'est apparu l'œdème pour lequel le malade entre à l'hôpital.

Les bourses sont considérablement tuméfiées; à peu près du volume d'une tête de fœtus à terme. La peau est le siège d'une rougeur inflammatoire assez vive, l'épiderme est encore en desquamation occasionnée par la teinture d'iode. Par le palper on ne provoque que peu des douleurs, mais on est frappé de la résistance des tissus; on a affaire à un œdème dur avec épaississement des téguments.

Le fourreau de la verge est œdématié, ce qui lui donne un aspect monstrueux contourné. La rougeur est moins intense. Le périnée est également tuméfié et douloureux.

Par le repos, des pansements humides, des grands bains répétés, les phénomènes s'amendèrent assez rapidement; mais au bout de quelques jours on voit très nettement à la région de la pointe de la fesse et à la face interne et supérieure de la cuisse droite une rougeur diffuse lymphangitique avec un léger empâtement des tissus. Le tout évolue presque sans douleurs et sans fièvre. A la cuisse gauche, apparition des mêmes phénomènes mais encore plus discrets.

Le diagnostic porté est lymphangite subaiguë chez un syphilitique. Il est probable que cette infection a dû être provoquée par les applications de teinture d'iode sur des régions exposées à la malpropreté et souillées par le suintement des plaques muqueuses. Ce qu'il faut noter, c'est la disparition très lente de cet œdème et l'épaississement des téguments du scrotum et du pénis. Il est à craindre qu'ultérieurement il persiste un état éléphantiasique en tout semblable à ce qu'on observe chez certains malades sujets aux érysipèles à répétition. On peut encore observer chez ce malade des adénopathies inguinales et même crurales du côté droit.

Notre première impression en voyant ce malade fut que nous avions affaire à une inflammation violente provoquée par les applications de teinture d'iode; aujourd'hui, après avoir suivi le malade pendant plusieurs mois, nous croyons qu'il s'agit plutôt d'une lymphangite infectieuse, et mon interne, M. Dufour, a entrepris de rechercher quel microbe pourrait être l'origine des accidents; ses recherches ne sont pas encore terminées et je vous en donnerai le résultat dans la prochaine séance.

#### Hydroa buccal.

Par M. DU CASTEL.

G..., Joseph, 27 ans, entre le 13 juillet 1893, salle Hillairet. Il a présenté, il y a deux mois, des accidents analogues à ceux qui l'amènent aujour-d'hui; ces accidents auraient guéri en cinq jours.

Aujourd'hui il existe sur la surface externe des lèvres, des croûtes noirâtres, à base arrondie, étagées; à la face interne, ce sont des surfaces arrondies recouvertes d'un enduit diphtéroïde grisâtre donnant absolument l'impression de plaques muqueuses syphilitiques. A la pointe de la langué, petite érosion arrondie recouverte d'enduit diphtéroïde de même aspect. Sur le palais et le voile du palais, surfaces arrondies, rouges, desquamées, quelques-unes polycycliques.

Conjonctivite intense des deux yeux ; pas d'iritis.

Sur les deux mains, érythème iris. Le malade ne se connaît aucun antécédent syphilitique.

L'état des mains ne permet pas, je crois, l'hésitation; nous sommes en présence d'un érythème polymorphe avec lésions buccales très accusées et lésions oculaires. C'est évidemment la répétition des accidents dont le malade a souffert, il y a deux mois; mais, si l'état des mains n'était là pour éclairer le diagnostic, il serait à peu près impossible d'établir des différences certaines entre les lésions de notre malade et des lésions syphilitiques.

- M. Baudouin. J'ai présenté en 1890 à la Société, deux malades absolument semblables à celui-ci et chez lesquels, si des lésions de la peau n'étaient apparues, le diagnostic était impossible à faire et la syphilis paraissait indiscutable.
- M. A. Fournier. Les cas de ce genre offrent une difficulté diagnostique très grande et j'ai rappelé déjà, à propos des cas de M. Baudouin, l'histoire d'une jeune fille de 17 ans, atteinte d'hydroa buccal, considérée comme syphylitique et chez laquelle l'apparition d'une bulle d'hydroa sur la main permit heureusement de reformer le diagnostic.
- M. Du Castel. Je ferai observer que le liséré inflammatoire qui entoure la plaque est plus marqué dans le cas d'hydroa que dans la syphilis.

#### Mycosis fongoïde.

#### Par M. TENNESON.

- M. Tenneson montre à nouveau la malade déjà présentée par lui à la séance du 14 janvier 1892, atteinte de mycosis fongoïde typique dont le début remonte maintenant à cinq années. L'état général s'est conservé excellent, sauf quelques troubles psychiques ; il n'y a pas de leucocythémie ni d'augmentation de volume de la rate. Actuellement il y a sur la face d'énormes tumeurs mycosiques qui présentent cette particulărité, déjà signalée d'ailleurs dans le mycosis, qu'elles guérissent par un bord et vont s'agrandissant par l'autre bord sous forme de bourrelet ; l'évolution se fait spontanément en dehors de toute action thérapeutique.
- M. HALLOPEAU. La malade de M. Tenneson me paraît offrir un grand intérêt. Ses tumeurs présentent les mêmes caractères que nous avons signalés il y a peu de temps chez un autre malade : elles sont circonscrites par le même rebord convexe, saillant, circulaire ou parabolique, nettement limité, renversé en dehors, constituant leur zone de progression et s'effaçant à sa partie interne en même temps qu'il s'étend excentriquement et détruit les parties qui se trouvent sur son trajet, telles par exemple que l'oreille ; plus en dehors, on retrouve la même auréole érythémateuse qui constitue une zone plus excentrique d'envahissement; mais, tandis que, chez notre malade, il n'y avait, en dehors de cette néoplasie, d'autre manifestation mycosique qu'une plaque érythémateuse ovalaire et légèrement saillante et une plaque d'alopécie survenue consécutivement à une lésion de même nature et que le diagnostic aurait pu à la rigueur être contesté, chez la malade de M. Tenneson au contraire, il existe, disséminées sur toute la surface du corps, des éruptions mycosiques nettement caractérisées : il est donc bien établi que les tumeurs en question sont de nature mycosique.

#### Sur l'origine animale des trichophyties de la barbe.

Par M. SABOURAUD.

Voir page 814.

# Examen histologique des reins dans un cas de mal de Bright syphilitique précoce.

Par J. DARIER.

Il s'agit des reins du sujet dont M. Hudelo a rapporté l'observation à la séance du 9 mars dernier (1). On se rappelle qu'à l'œil nu, l'aspect de ces reins différait peu de l'état normal; ils étaient seulement un peu pâles.

Les morceaux choisis pour l'examen, à bonne distance des infarctus, ont été fixés par la liqueur de Müller ou par l'acide osmique.

Aun faible grossissement les lésions sont peu apparentes. A l'aide d'un objectif fort on reconnaît qu'il y a des lésions parenchymateuses importantes et des lésions interstitielles très peu marquées.

Ce qui frappe tout d'abord, sur les coupes après action de l'acide osmique, c'est qu'il existe dans chaque lobule du rein un certain nombre de tubes urinifères dont l'épithélium est en état de dégénérescence avancée. Ces tubes très altérés sont groupés par deux ou trois, quelquefois cinq ou six, rarement plus ; leur épithélium est infiltré de gouttelettes de graisse de grosseur inégale, noires sous l'influence du réactif, souvent plus abondantes dans la partie basale des cellules. Parfois même, les cellules dont le noyau n'est plus reconnaissable, qui n'ont plus de limite nette, sont complètement transformées en amas de granulations graisseuses ou protéiques remplissant la lumière du canalicule.

Mais l'immense majorité des autres tubes (canaux contournés et anses larges), s'ils ne sont pas atteints d'altérations aussi profondément désorganisatrices, n'en offrent pas moins des lésions évidentes; elles consistent en vacuolisation de la partie centrale de la cellule, élimination du contenu de ces vacuoles, présence de boules colloïdes et de détritus granuleux formant parfois un réseau qui encombre la lumière, tandis que les cellules ont subi une diminution de leur hauteur. Par places se voient des cylindres finement granuleux, ou colloïdes et homogènes, dans les tubes. L'épithélium des anses grèles et des canaux collecteurs est beaucoup moins atteint; quelquefois on y trouve des granulations graisseuses et des cylindres.

Les glomérules sont peu altérés ; l'épithélium du bouquet vasculaire contient pourtant souvent des granulations graisseuses et celui de la cap-

Bulletin de la Société française de dermatologie et de syphiligraphie, 1893,
 P. 125.

sule semble gonflé mais ne prolifère pas. Il n'y a pas de glomérules en état de transformation fibreuse.

Les lésions interstitielles sont très discrètes; dans des points très limités se voit un tissu conjonctif un peu augmenté et riche en cellules; il n'y a nulle part de nodules embryonnaires ou d'amas de leucocytes.

Les capillaires sont gorgés de sang en quelques points; il y a même par places de petites hémorrhagies et l'on trouve du sang jusque dans la lumière des canalicules qui traversent ces foyers. Les vaisseaux d'un certain calibre, artères et veines, ne présentent pas de lésion appréciable.

En somme ces reins sont atteints de néphrite diffuse récente, avec lésions parenchymateuses intenses et généralisées et lésion interstitielle à peine ébauchée. La maladie a eu dans ce cas une durée très courte, puisqu'elle ne s'est étendue que sur une période de trois semaines. Il paraît légitime d'attribuer cette néphrite, quoiqu'elle n'ait aucun caractère spécifique, à la syphilis qui était en pleine activité de la période secondaire chez cet homme. Les recherches histologiques, qui ont porté aussi sur divers autres organes, ne conduisent pas à admettre l'existence d'une autre infection concomitante et on peut conclure que les accidents mortels ont bien été sous la dépendance de cette néphrite syphilitique.

# Syphilis rénale précoce.

Par MM. J. DARIER et HUDELO.

La syphilis peut produire dans le rein : 1° des lésions gommeuses ou scléro-gommeuses, dont la spécificité n'est pas douteuse, mais qui sont rares et tardives ; 2° de la dégénérescence amyloïde, qui ne survient que dans certaines conditions de cachexie ou de suppuration prolongée ; 3° des lésions diffuses, qui sont précoces c'est-à-dire contemporaines de la période secondaire.

On ne discute plus aujourd'hui sur la réalité de l'existence de ces néphrites syphilitiques précoces; on sait qu'elles se traduisent par les symptômes qui appartiennent à toutes les néphrites aiguës, de l'albuminurie, des œdèmes, de l'urémie, etc. Mais l'enquête sur la nature, le siège, l'évolution anatomique des lésions correspondant aux phénomènes cliniques est loin d'être close. En effet les autopsies de syphilitiques secondaires avec complication rénale sont rares; le plus souvent on a trouvé comme forme anatomique le gros rein blanc, la néphrite parenchymenteuse, mais selon quelques auteurs on pourrait observer en pareil cas des néphrites diffuses ou interstitielles; les altérations que l'on a constatées n'ont, en tous cas, pas de caractère permettant d'affirmer leur spécificité.

La difficulté principale de la question vient de ce que le rein peut avoir été touché par une infection, soit récente, soit ancienne, ou par une intoxication, et en avoir gardé la trace; or il n'y a guère d'adulte qui n'ait été soumis à une ou plusieurs de ces causes pathogènes. Aussi, quand bien même il y a une coïncidence frappante entre les symptômes de la syphilis secondaire et l'éclosion de l'albuminurie et des accidents urémiques, n'est-on pas autorisé à rattacher à la syphilis tout ce qu'on trouve dans le rein.

En l'absence d'observations idéales de néphrite syphilitique sans aucun antécédent susceptible d'avoir pour sa part altéré le rein, on doit, croyons nous, étudier avec soin les observations qui se présentent en consignant scrupuleusement les causes d'erreur possibles : la comparaison de ces matériaux permettra sans doute ultérieurement d'arriver à une notion précise de la nature de la syphilis rénale

précoce.

Voici un cas que nous avons observé récemment dans le service de notre maître M. le professeur Fournier.

Le nommé Mesq..., âgé de 49 ans, serrurier, entre le 19 février 1893 à la salle Saint-Louis, n° 12. Les antécédents de famille du malade n'offrent rien de bien intéressant; sa mère serait morte de saturnisme, ainsi qu'un frère; son père a succombé à une angine diphtéritique; sa femme est morte tuberculeuse, ainsi qu'un fils.

M... a toujours été parfaitement portant jusqu'à l'âge de 20 ans où il a contracté une fièvre typhoïde dont il a guéri sans incident; il y a une dizaine d'années, légère attaque de sciatique. Il y a 7 mois, le malade a eu un chancre du sillon balano-préputial accompagné d'adénopathie inguinale; soignée par un pharmacien, cette lésion guérit en 20 jours environ.

Notons encore que depuis 3 mois, le malade, qui travaillait à l'édification d'une maison, a beaucoup souffert des rigueurs de l'hiver, exposé au froid et à l'humidité.

Enfin, l'alcoolisme est indubitable (2 à 3 litres de vin par jour, plusieurs

absinthes, 2 ou 3 petits verres).

Il y a 3 mois, M... a commencé à ressentir des douleurs lombaires, continues, l'empêchant de se baisser, de travailler; pas de frissons, pas de fièvre, pas de vomissements à ce moment; les urines étaient seulement plus colorées que d'habitude, mais non diminuées; en même temps, lassitude, les jambes lui semblent, à son dire, ankylosées. Il y a 3 semaines, un matin, le malade constate que sa verge est enflée; l'œdème augmente dans la journée, par le travail, diminue la nuit pour reparaître le lendemain; puis, les jours suivants, il gagne successivement le scrotum, les membres inférieurs. En même temps, et surtout depuis 8 jours, se produiduisit une dyspnée de plus en plus intense qui finit par obliger le malade à quitter son travail. A aucun moment, il n'aurait souffert de céphalalgie.

Actuellement, nous sommes en présence d'un homme, assez vigoureux encore, bien musclé, mais très anémié : le visage est pâle, les muqueuses

décolorées, la peau sèche, terreuse.

Il présente des signes de syphilis : syphilides buccales, linguales abondantes, érythème pharyngé.

Œdème généralisé, œdème des paupières, bouffissure de la face, œdème du tronc, des membres inférieurs et du scrotum.

Les urines des 24 heures atteignent 2 litres 1/2; elles sont un peu troubles et renferment 11 gr. 55 d'albumine par litre; pas de troubles de la miction, pas de pollakiurie.

Pas d'hypertrophie manifeste du cœur, pas d'abaissement de la pointe; à l'auscultation, dédoublement net du 1<sup>er</sup> temps ; pas de palpitations, mais seulement une sensation de gêne, de poids à la région précordiale.

Pas d'hémorrhagies; ni épistaxis, ni purpura.

Artère temporale un peu dure et flexueuse. Pouls radial normal. Sensation de doigt mort parfois.

Matité thoracique aux deux bases avec diminution très marquée des vibrations vocales; à ce niveau, affaiblissement très marqué du murmure vésiculaire; pas de souffle, ni d'égophonie; quelques râles sous-crépitants disséminés des deux côtés en avant. La respiration est courte et, de temps en temps, le malade a des accès de dyspnée intermittents, intenses, qui l'obligent à quitter son lit.

Pas de troubles digestifs; appétit encore conservé; diarrhée légère.

Bourdonnements d'oreille; pas de troubles visuels.

Pas de fièvre ; céphalalgie continue, légère ; insomnie.

Le malade est soumis au régime lacté absolu; 4 gr. de frictions mercurielles et d'iodure de potassium.

22 février. L'état est stationnaire ; le malade, qui boit le lait avec répugnance, se plaint de l'augmentation de sa diarrhée ; mais la céphalalgie, la dyspnée se sont amendées ; l'œdème ne s'est pas modifié, non plus que les signes d'épanchement thoracique, prédominants à droite.

Le 26. Légère diminution de l'œdème; pas d'ascite. Dyspnée disparue; le malade tousse un peu; la matité augmente dans le thorax, et en arrière, à droite, elle atteint l'épine de l'omoplate; pas de skodisme sous-claviculaire. La diarrhée continue (5 à 6 selles par jour). La quantité des urines par 24 heures s'est notablement abaissée ces jours-ci : albumine toujours à flots.

1ºr mars. Persistance d'une diarrhée intense; pas de modifications de l'état.

Le 5. En présence de l'intensité de la diarrhée qui fatigue beaucoup le malade, M. Fournier réduit la dose quotidienne de lait à 3/4 de litre, et permet au malade l'usage de côtelettes, sans pain. L'œdème a notablement diminué, mais l'hydrothorax augmente; pas de signe d'hydropéricarde.

Le 7. La diarrhée a beaucoup diminué, en même temps que le taux des urines se relevait notablement. L'œdème ne bouge plus, et l'on note aujourd'hui un peu d'ascite.

Forte céphalée. Dyspnée continue avec exacerbations; matité absolue avec souffle et égophonie dans la moitié droite du thorax. (Application matin et soir de ventouses sèches.)

Le 8. Le malade souffre d'une dyspnée intense, il a passé la nuit entière hors de son lit, dans un fauteuil.

Les bruits du cœur sont sourds, le bruit de galop est peu net.

En présence des signes d'épanchement thoracique croissant, on pratique une ponction à droite, qui donne issue à 1 litre 1/3 d'un liquide clair, citrin : le malade se trouve un peu soulagé par la ponction.

Le 9. La dyspnée s'est tout à fait amendée, et ce matin le malade est plus gai. On constate toujours de la matité aux 2 bases, mais on n'entend

plus de souffle à droite.

Un litre d'urine en 24 heures : l'albumine varie de 5 à 8 gr. par litre.

Le bruit de galop est des plus nets aujourd'hui.

Le 10. Insomnie persistante: on prescrit 2 gr. de chloral à prendre le soir. L'examen du thorax montre à gauche de la matité dans le 1/3 inférieur, avec affaiblissement de la respiration, abolition des vibrations et égophonie: à l'union du 1/3 inférieur avec les 2/3 supérieurs, on entend du souffle après avoir fait tousser le malade; à droite la matité occupe la moitié inférieure: au même niveau, abolition de la respiration, des vibrations, égophonie, souffle à la limite supérieure de la matité; dans la moitié supérieure du thorax à droite, percussion normale, respiration forte. En avant, la respiration est forte, supplémentaire.

Bruit de galop toujours très net.

L'ædème a de nouveau un peu diminué.

Cessation des frictions ; l'iodure est réduit à 2 gr.

Le 11. Le malade se trouve beaucoup mieux; il est descendu un peu au jardin; l'œdème tend à diminuer encore; les troubles dyspnéiques ont disparu. Le régime lacté partiel est maintenu, mais le malade prend le lait avec répugnance.

Le 15. L'hydrothorax semble augmenter de nouveau, et la dyspnée reparaît par accès.

Urines: 1200 gr. par 24 heures. Albuminurie: 4 à 8 gr.

Le 20. L'œdème subit une recrudescence marquée aux membres inférieurs et au scrotum. Malgré nos avis répétés, le malade est surpris plusieurs fois mangeant du pain.

Le 26. Dyspnée intense; le malade reste nuit et jour debout ou assis dans un fauteuil. Signes d'épanchement dans les deux plèvres, prédominant à droite.

Bruits du cœur très sourds, un peu affaiblis, mais réguliers.

Le 27. Le malade a eu dans la nuit une crise de dyspnée asthmatique, intense et prolongée.

Le 29. Le malade, dont l'état n'a pas changé, se plaint de bourdonnements d'oreille et de vertiges ; debout, il est obligé de s'appuyer contre les murs pour ne pas tomber.

2 avril. Nouvelle ponction de 1200 gr. de liquide citrin, dans la plèvre droite.

Le 3. Le malade est extrêmement faible, il ne peut quitter son lit. La dyspnée s'est amendée.

Injections de caféine et d'éther 2 fois par jour.

Le 4. Amélioration manifeste; le malade est levé et se promène tranquillement dans la salle; la dyspnée paroxystique a disparu, malgré la persistance des signes physiques aux deux bases du thorax.

ANN. DE DERMAT. — 3º sie. T. IV.

M. Fournier prescrit une injection de bijodure de mercure.

Le 10. Reprise de la dyspnée depuis deux jours.

Le 11. Le malade se plaint d'une douleur lombaire assez vive. Suppression des injections de bijodure; continuation de la caféine, mais en potion (0,50 par jour).

Le 12. Etat meilleur; le malade mange de bon appétit.

Le 17. État stationnaire de l'œdème; un peu de dyspnée par instants : l'hydrothorax est en voie d'augmentation.

Battements cardiaques réguliers, assez forts, bruit de galop très net.

Le 20. Nouvelle amélioration de l'état général et de la dyspnée.

Dans les 15 jours qui suivent, l'amélioration persiste; la dyspnée ne revient guère que la nuit ; l'œdème a un peu diminué ; pas de modifications du côté du cœur, ni des urines.

10 mai. Augmentation nouvelle de la dyspnée, la matité remonte à droite jusqu'à l'épine de l'omoplate.

Inhalations d'oxygène, surtout la nuit.

Le 18. Le malade n'éprouve pas de soulagement. Le cœur est tout à fait arythmique, désordonné, on ne distingue plus le bruit de galop ; dyspnée constante, toux quinteuse et fatigante.

Suspension provisoire de la caféine ; le malade ne prend plus aucun

médicament à l'intérieur.

Le 30. Le malade, se sentant mieux depuis 4 à 5 jours, a voulu travailler un peu; il a été pris cette nuit d'un très violent accès de dyspnée. Nous le voyons ce matin anhélant, pâle, couvert de sueurs.

Cœur très irrégulier : battements inégaux, faux pas. Pouls inégal, irrégulier.

Accalmie légère les jours suivants par le repos, la caféine.

2 juin. On constate que les pupilles sont inégales (la droite est un peu plus large) ; elles ne réagissent que très lentement et très faiblement à la lumière. Pas de paralysie oculaire. Léger affaiblissement de la vue ; parfois sensation de mouches volantes dans le champ visuel.

Pas de phénomènes paralytiques du côté des membres, ni des réser-

voirs.

Réflexes rotuliens affaiblis.

Pas de délire.

Le 5. Etat stationnaire avec des intermittences d'aggravation et d'accalmie de la dyspnée.

Le 9. Accès nocturne, violent de dyspnée. L'interne de garde fait une ponction : 2 litres de liquide clair.

Ce matin, le malade n'est pas soulagé, il respire difficilement, la face est pâle, les lèvres cyanosées.

Anasarque généralisé, œdème considérable de la face, des paupières, des lèvres.

Cœur complètement arythmique.

Le malade succombe en asystolie à 7 heures du soir, le 10 juin.

Autopsie. — Infiltration ædémateuse généralisée, ventre très distendu. A l'ouverture de la cavité abdominale, on trouve un peu de liquide rougeâtre avec flocons fibrineux: un litre 1/2 environ. Pas de congestion de la séreuse péritonéale; pas d'adhérence. La distension de la paroi était due surtout au tympanisme. Dans la cavité thoracique, liquide abondant : à droite, 2 à 3 litres de liquide citrin séreux (1); fausses membranes fibrineuses sur la plèvre; à gauche, même quantité d'un liquide séreux, mais plus louche qu'à droite; pas de fausses membranes pleurales. Dans le péricarde, 60 gr. de liquide séreux, fortement teinté de rouge; pas de flocons, ni d'adhérences.

Cœur volumineux, dilaté rempli de caillots; il pèse 750 gr.; à l'état de vacuité 250 gr. Cavités gauches dilatées, sans lésions d'orifices; myocarde très mou et pâle. Même état des cavités droites.

Aorte: 2 à 3 taches graisseuses à son origine, vers le bord libre des sigmoïdes; pas d'autre lésion d'athérome.

Rien à la coronaire antérieure ; tache graisseuse sur la coronaire posté-

rieure à 3 centimètres de son origine, n'altérant en rien le calibre du vaisseau.

Poumon gauche: aspect lavé de la plèvre viscérale; pas de foyer de

Poumon gauche: aspect lavé de la plèvre viscérale; pas de foyer de tuberculose ni de broncho-pneumonie; pas d'infarctus; muqueuse bronchique amincie, plan musculaire saillant, exsudat muco-purulent (bronchite chronique).

Poumon droit: adhérences au sommet et au niveau de la gouttière costo-vertébrale; en ce point, on note une cicatrice superficielle, avec une petite cavernule du volume d'une noisette contenant de la substance ca-séeuse grisâtre, à consistance de mastic. Ganglions du hile calcifiés. Pas d'infiltration tuberculeuse récente. Pas de foyer broncho-pneumonique; pas d'infarctus. Bronchite chronique avec un peu de dilatation bronchique.

Rate : petite, ferme, sans altérations apparentes.

Foie: 1650 gr.; aspect de foie muscade; pas de sclérose.

Rein gauche. Poids: 165 gr.

Capsule adipeuse un peu adhérente.

L'organe est petit ; son tissu, ferme, résiste à l'ongle ; la capsule propre est peu adhérente.

La substance corticale et celle des pyramides sont diminuées de hauteur.

La surface extérieure du rein est piquetée de petites taches jaunes reposant sur un fond saumon parcouru par de petits vaisseaux dilatés; sur les coupes, on note un piqueté de grains inégaux, submiliaires, très nombreux, à bords un peu diffus, de coloration blanc opaque, tranchant sur un fond rose ardoisé, parcouru par de petits vaisseaux nombreux, qui forment de minuscules étoiles à rayons ondulés.

Rein droit (2): Poids, 155 gr.

La capsule se détache facilement. Le rein est petit, ferme, résistant à l'ongle. A sa surface se voient cinq ou six taches grises, étoilées, déprimées.

Amincissement des deux substances.

- (l) Ce liquide a été ensemencé sur des tubes de gélose, qui sont restés parfaitement stériles.
- (2) L'aspect macroscopique de ce rein a été fidèlement reproduit sur cette belle aquarelle due à M. Karmanski, que nous mettons sous les yeux de la Société.

Extérieurement l'organe est d'une coloration rosée, la surface est semée de minuscules taches jaunâtres et d'étoiles vasculaires rougeâtres.

A la coupe, la substance corticale présente un fond gris pâle parcouru par des sortes de rayons ou de colonnes, les unes d'un rouge vif, les autres d'un blanc plus ou moins crémeux, alternant ensemble. Dans le bassinet, arborisation de vaisseaux dilatés et quelques petites ecchymoses.

Les vaisseaux du hile sont normaux des deux côtés.

Rien aux uretères, ni à la vessie.

Tube digestif normal.

Pas d'adénite iliaque, ni prélombaire,

Testicules normaux; légère hydrocèle gauche.

Encéphale : Pas d'augmentation du liquide céphalo-rachidien.

Pas d'altération du tronc basilaire, des carotides, ni de leurs branches. Méninges saines.

Rien au cerveau, au cervelet, à la protubérance, au bulbe, ni au plancher du 4° ventricule.

Examen histologique. — Plusieurs morceaux des reins ont été prélevés et la fixation en a été obtenue soit par la liqueur de Müller, soit par l'acide osmique, soit par l'alcool; les coupes ont été faites, les unes parallèlement, les autres perpendiculairement à la surface de l'organe.

Sur toutes les coupes on reconnaît que la lésion dominante, la plus apparente tout au moins, consiste en une prolifération diffuse du tissu conjonctif interstitiel; partout ce tissu forme des travées assez larges qui séparent les tubes urinifères. En quelques points de la substance corticale, où l'on voyait sur la pièce fraîche des taches grises étoilées et qui ont été choisis à dessin pour l'examen, il y a une véritable nappe de tissu fibreux, riche en cellules fusiformes, au milieu de laquelle les tubes du rein sont diminués de calibre, ratatinés et comme étranglés. Les glomérules compris dans cette nappe ont subi une transformation fibreuse plus ou moins complète, quelquefois même totale.

Dans la plupart des points de la coupe la sclérose est moins avancée. Elle forme de petits flots étoilés, anastomosés par leurs branches, laissant entre eux des espaces où les mailles fibreuses réservées aux tubes sont plus larges; ces tubes semblent même souvent dilatés au niveau de ces espaces moins scléreux; il n'y a pourtant pas de kystes.

Au sein du tissu de sclérose se voient, par places, des amas de cellules rondes, formant des traînées sur les coupes perpendiculaires; ces amas ne diffèrent en rien de ceux que l'on rencontre dans les néphrites interstitielles quelconques; en l'absence de dégénération centrale de ces amas et de l'existence de toute cellule géante, rien n'autorise à les considérer comme des nodules gommeux embryonnaires.

Au niveau des pyramides de Malpighi la sclérose est un peu moins accusée, mais très régulièrement disséminée.

Les vaisseaux de calibre qui cheminent entre les deux substances, corticale et médullaire, ne présentent aucune altération de leur paroi, notamment pas trace d'endartérite; leur tunique adventice se continue avec le tissu de sclérose avoisinant. Les petits vaisseaux qui montent dans les pyramides de Ferrein sont souvent dilatés et gorgés de sang; il en est de

même de certains groupes de vaisseaux sous-capsulaires. Il n'y a point de foyers hémorrhagiques. Pas de dégénérescence amyloïde.

Les éléments sécréteurs du rein sont, eux aussi, profondément altérés. J'ai signalé déjà la transformation fibreuse d'un certain nombre de glomérules; beaucoup d'autres présentent des degrés divers de glomérulite

capsulaire subaiguë.

Presque tous les tubes urinifères, qu'ils soient rétrécis ou dilatés, ont leur épithélium extrêmement trouble, opaque et infiltré de fines granulations graisseuses qui se colorent en noir par l'acide osmique. Les cellules ne présentent pas de vacuolisation appréciable, mais paraissent être en voie de desquamation et, dans un grand nombre de tubes, leur noyau ne se colore plus, tandis que dans d'autres, les noyaux ont gardé leur affinité normale pour les matières colorantes. Quelques tubes sont remplis d'épithélium détaché, dégénéré et transformé en un magma granuleux où se distinguent de grosses gouttelettes de graisse. L'épithélium des anses grêles et celui des canaux collecteurs est altéré de même mais à un bien moindre degré. Il y a dans quelques tubes des cylindres hyalins ou granuleux, mais en petit nombre.

En résumé, il s'agit dans ce cas d'une néphrite diffuse subaiguë, caractérisée par une sclérose bien marquée et déjà assez avancée dans son évolution, avec glomérulite et dégénérescence granulo-graisseuse des éléments parenchymateux.

Le semis de granulations d'un blanc opaque que l'on voyait à l'œil nu, correspond aux points où le réseau scléreux est moins développé et dans lesquels les tubes plus larges ont leur épithélium profondé-

ment dégénéré.

Cette néphrite n'a par elle-même aucun caractère qui permette d'affirmer positivement qu'elle est d'origine syphilitique. Pourtant il paraît justifié d'attribuer à la syphilis la lésion parenchymateuse qui a joué le plus grand rôle dans l'insuffisance urinaire cause de la mort; l'histoire clinique de notre malade, les observations antérieures (et notamment celle que nous avons publiée dans les Bulletins de la Société de dermatologie, 1893, p. 125 et complétée aujourd'hui même par la description histologique) légitiment cette interprétation.

Quant à la lésion interstitielle, doit-on considérer qu'elle existait antérieurement, et que la néphrite parenchymateuse est venue se greffer sur un rein déjà altéré par l'une des conditions étiologiques que nous avons soulignées dans l'observation, ou par une autre qui nous aurait échappé? Ou bien a-t-on le droit d'y voir une conséquence de l'altération épithéliale, ou une lésion concomitante, qui a pu se développer grâce à la durée de la maladie, les premiers symptômes remontant dans le cas actuel à 10 ou 11 mois en arrière? Dans cette dernière hypothèse tout serait dû à la syphilis et nous aurions eu affaire à un type de néphrite mixte, ou plus exactement de néphrite diffuse syphilitique dans la période secondaire.

Nous n'osons pas être absolument affirmatif sur ce point, et nous préférons attendre que de nouvelles observations viennent éclairer cette question des formes anatomiques et du mode d'évolution de la néphrite syphilitique précoce.

M. A. FOURNIER. — De ce que nous venons d'entendre il résulte trois faits fort importants : 1º La syphilis peut créer des néphrites absolument précoces ; chez le premier malade, la syphilis remontait à six mois seulement : d'autres cas analogues ont d'ailleurs été rapportés par les auteurs et par moi.

2º Cette néphrite n'a rien de spécifique; c'est une néphrite banale, vulgaire, une néphrite comme peuvent en produire les diverses infections; les seuls cas typiques de néphrite syphilitique sont ceux où il y a des gommes; or ce sont là des cas tardifs et d'ailleurs fort rares.

3° Cette néphrite peut être mortelle, et rapidement mortelle; voilà deux jeunes gens sans tare ancienne qui meurent du fait d'avoir contracté la syphilis, d'un accident précoce et malgré le traitement.

M. Barthéleny. — J'ai été le témoin d'un fait semblable avec M. Labadie-Lagrave. Un homme de 28 ans fut pris au moment de la roséole d'anasarque, symptomatique d'une néphrite grave qui l'emporta en quinze jours malgré un traitement des plus énergiques.

M. Tenneson. — Tous les cas de ce genre ne sont pas mortels. J'ai eu il y a plusieurs années dans mon service une femme, qui, en pleine période secondaire, fut prise sous nos yeux (l'urine à l'entrée de la malade avait été examinée et ne contenait pas d'albumine) de néphrite grave. Une diète lactée rigoureuse et le traitement mixte finirent par avoir raison de la maladie; il y a plus d'un an que cette malade est guérie et son urine examinée depuis à diverses reprises a toujours été trouvée exempte d'albumine.

M. Darier. — Les faits cliniques de syphilis rénale précoces ne sont pas rares : M. Mauriac en a rapporté plusieurs; ce qui est rare ce sont les autopsies qui nous permettent d'étudier anatomiquement ces néphrites. Le hasard nous a servi en réunissant sous nos yeux ces deux cas dont la durée a été très inégale.

M. A. FOURNIER. — M. Darier croit-il que l'on puisse distinguer anatomiquement une néphrite de nature spécifique d'une autre néphrite?

M. Darier. — Il n'y a aucun caractère distinctif : dans les maladies infectieuses on observe souvent des néphrites diffuses qu'il est impossible de différencier les unes des autres ; dans la tuberculose notamment on connaît aujourd'hui des néphrite diffuses comparables à ces néphrites aiguës de la syphilis.

## Maladie pigmentée urticante.

Par CH. E. QUINQUAUD.

L'histoire des maladies dans lesquelles se manifestent des pigmentations diverses est un des chapitres les plus obscurs de la dermatologie; il est donc important de les consigner dans nos annales avec le plus grand soin.

Ayant eu l'occasion d'observer depuis plusieurs années un groupe de faits de ce genre, je viens aujourd'ui en rapporter succinctement un spécimen.

un specimen.

OBSERVATION (résumée). — S..., J.-B., âgé de 55 ans, employé, vient à la consultation externe depuis plusieurs mois,

Son affection a débuté, il y a 10 ans, par quelques taches sans saillies, au niveau des flancs et de la région dorsale du tronc; l'éruption avait été d'abord discrète, puis très lentement, les taches s'étaient multipliées.

Le soir en se déshabillant, il éprouvait des démangeaisons modérées; il se frictionnait et à la suite des frictions apparaissaient des boutons fugaces, qui ne laissaient pas de traces de leur passage; mais après la friction les taches devenaient des boutons.

Sa santé avait été toujours excellente et à aucune époque de son existence il n'avait ressenti d'affections cutanées; en Cochinchine, vers l'âge de 25 ans, il eut un seul accès de fièvre intermittente grave, dont il s'était rapidement rétabli; jamais de diarrhée, jamais de dysenterie.

On avait remarqué sa grande résistance à l'impaludisme; d'ailleurs à

aucune époque sa peau ne s'était pigmentée.

Le malade n'avait jamais eu de syphilis ; il accuse une blennorrhagie simple, guérie en un mois; jamais de rhumatisme articulaire aigu.

État actuel. — Le lieu d'élection de la maladie est le tronc, spécialement la région lombaire, les parties latérales, l'abdomen ; les épaules sont moins envahies ; l'éruption est très discrète sur les membres. L'affection a mis dix ans à envahir ce territoire ; c'est à peine si l'on constate quelques taches sur le visage, où l'on observe de rares varicosités couperosiques.

La lésion consiste en taches sans saillies, non proéminentes, plates, dont les unes sont d'un jaune clair ou foncé; la pression ne fait pas disparaître la tache, qui persiste d'un jaune plus ou moins atténué, les autres sont d'un rouge plus vif, quelques-unes purpuriques, d'un rouge violacé, disparaissant en grande partie sous la pression du doigt et laissant une place pigmentée jaune.

Cette éruption est très abondante, les éléments sont isolés les uns des autres, non confluents, sans dispositions géométriques. Le prurit est fort modéré et ne tourmente pas le malade. C'est surtout lorsque la peau est en contact avec l'air extérieur ou qu'un objet quelconque exerce une pression, une friction, qu'il survient une légère démangeaison.

Mais le fait important c'est l'état urticant de la peau; en frictionnant, en pressant fortement, en irritant la peau des régions saines, on voit se déve-

lopper des saillies, des nodules d'œdèmes urticants passagers avec prurit léger. Si l'on pique avec une aiguille chacune des taches, celles-ci se transforment en papules *urticantes* qui font saillie.

L'évolution de chaque élément est assez spécial : en premier lieu apparition d'une tache d'un rouge vif, sans saillie, persistant pendant un nombre variable de jours; la rougeur, l'hyperémie s'atténuent, la pigmentation continue pendant des mois; c'est avec une lenteur extrême que le pigment diminue pour cesser; l'évolution est donc très lente.

En terminant ajoutons que le malade, depuis 3 ans, éprouve quelques douleurs articulaires, pas de céphalalgie, pas de points douloureux osseux; notons toutefois deux saillies indurées sur le trajet des tendons fléchisseurs de l'annulaire gauche; rien de spécial dans les urines; enfin léger état dyspeptique.

Examen histologique. — Sur des coupes faites par M. Nicolle par congélation et colorées par la méthode de MM. Nicolle et J. Cantacuzène, c'est-à-dire par l'oxychlorure de rhuthénium ammoniacal, j'ai constaté la présence d'une pigmentation jaune dans les cellules inférieures de la couche de Malpighi; mais ce dépôt de pigment y est faible lorsqu'on l'observe ainsi.

Pas de développement de mastzellen. La coloration est due à deux causes : d'une part à la présence du pigment sous une très mince épaisseur et d'autre part à l'élément congestif. Ce pigment paraît être dû à une élaboration spéciale et non pas simplement un phénomène microscopique.

Le traitement préférable devra consister en occlusion à l'aide d'emplâtre de résine modifiée.

Réflexions. — En présence de ces symptômes, il est difficile de ne pas admettre un rapport entre l'état urticant et la pigmentation; chez quatre malades observés par nous, deux étaient deux enfants, deux des adultes; le moulage d'un cas infantile existe au musée de St Louis et chez tous l'état urticant a été noté.

Faudrait-il ranger ces faits dans l'urticaire pigmentée? Nous ne le pensons pas, l'urticaire pigmentée vraie est rare, mais est constituée par des mastzellen extrèmement abondantes, qui donnent à la lésion une physionomie spécifique, de telle sorte que l'urticaire pigmentée vraie est une néoplasie, une sorte de tumeur de la peau, tel est le cas remarquable du prof. Fournier (Feulard, Raymond, Nicolle et Quinquaud).

Rien de semblable dans nos observations; il faudrait en tout cas en faire une variété tout à fait distincte. Serait-ce l'urticaire pigmentée de l'adulte; on pourrait le discuter; mais nous avons observé des cas de maladie pigmentée existante chez l'enfant pendant 3 ans, sans jamais avoir constaté l'existence de mastzellen.

Il existe toutefois en dermatologie des cas d'urticaire hémorrhagique : à la place d'une papule ou d'une plaque, on voit persister pendant une semaine ou plus une tache ecchymotique à bords diffus, puis tout disparaît. Mais quelle différence d'aspect avec ce qui existe dans nos observations : la maladie dure depuis dix ans, les taches se pigmentent avec une ténacité, une durée, qui entrent dans le plan de la maladie.

Je ne discute pas bien d'autres hypothèses, telles qu'affetions lichénoïdes, syphilides, pigmentations d'origine viscérale, nerveuse, dys-

trophique, etc.

Én résumé, ce sont là des faits nouveaux, tout au plus trouveraiton quelques cas désignés sous le nom de forme maculeuse d'urticaire pigmentée, et encore ces exemples appartiennent tous à des enfants. C'est pour marquer une différence avec les cas connus, plutôt que pour imposer un nom nouveau, que nous désignons l'ensemble de ces faits sous la dénomination de maladie pigmentée urticante, sorte de neurodermie, de dystrophie spéciale.

- M. Tenneson. Je demande sur quoi M. Quinquaud se fonde pour faire de cette maladie une maladie pigmentaire; il me semble que la lésion primitive est une papule congestive et que la pigmentation n'est que secondaire comme cela arrive dans nombre d'affections cutanées.
- M. QUINQUAUD. La lésion primitive est une tache congestive qui ne devient une papule que si on l'irrite; l'état papuleux est éphémère et déterminé par l'irritation: la pigmentation se fait sur cette tache primitive; c'est pourquoi je dis maladie à pigmentation, maladie pigmentaire.
- M. Barthélemy. Combien de temps la pigmentation dure-t-elle à la même place.
  - M. QUINQUAUD. Huit à dix mois.

#### Urticaire pigmentaire.

Par M. H. FEULARD.

La présentation de M. Quinquaud me semble donner de l'intérêt à celle que je vous fais d'un jeune enfant atteint d'urticaire pigmentaire.

Les cas d'urticaire pigmentaire ne sont plus une rareté; mais ne sont pas tout à fait communs et celui-ci peut être considéré comme typique de la forme maculeuse de la maladie.

Le sujet est un jeune garçon de trois ans et demi, parfaitement bien portant, comme vous voyez, dont la peau depuis l'âge de trois mois est le siège de manifestations de l'urticaire pigmentaire. La maladie a débuté par l'abdomen et les membres inférieurs pour se généraliser ensuite. Actuellement, l'éruption est disséminée sur tous les points du corps : la face est indemne. L'éruption est constituée par des taches jaune brunâtre

ou de couleur fauve qui tranchent nettement sur la couleur blanche de la peau saine et donnent à la peau du petit malade l'aspect tigré si caractéristique. Ces taches sont de dimensions relativement petites, 4 à 5 millimètres de diamètre en moyenne, elles sont peu abondantes sur les membres supérieurs, un peu plus nombreuses sur le tronc, encore que les parties saines l'emportent de beaucoup sur les parties pigmentées; très nombreuses, un peu confluentes, sur les membres inférieurs, surtout à la face postérieure des cuisses; leur coloration sur les membres inférieurs est plutôt rouge sombre, livide.

Les démangeaisons ont toujours été et sont encore très modérées, il n'y

a nulle part trace de grattage violent ni d'excoriations.

Les poussées d'urticaire dite spontanée sont absolument rares : mais si l'on frotte un peu vigoureusement les macules jaunâtres on voit la peau se tuméfier, devenir rose ou blanchâtre, tout à fait *urticarienne*. Ce phénomène est surtout bien marqué sur la poitrine : toutefois la saillie des plaques ne persiste pas longtemps.

Le retentissement ganglionnaire est très peu marqué: seuls les gan-

glions des aines sont un peu tuméfiés.

L'enfant, ai-je dit, a une santé parfaite. La recherche des antécédents

des parents donne les résultats suivants :

Grand-père paternel mort de tuberculose; grand'mère paternelle vivante et bien portante; grand-père maternel vivant, bien portant, mais nerveux; grand'mère maternelle vivante, bronchitique.

Le père a 37 ans, n'a jamais eu aucune éruption; il est de santé médiocre, a craché du sang. La mère a 31 ans, n'a jamais rien eu sur la peau; elle est sourde depuis l'àge de 14 ans, et aurait été aveugle pendant six mois à l'àge de 12 ans : je n'ai pas trouvé chez elle de syphilis. Elle a la

figure couverte de nævi pigmentaires.

Mariée à 21 ans, elle a eu six grossesses, mais n'a que deux enfants vivants, le sujet actuel et un autre garçon plus âgé, 9 ans. Les première, troisième et cinquième grossesses ont été terminées par des fausses couches, la quatrième a donné naissance à un enfant mort à 7 mois de méningite; la deuxième grossesse est celle de l'enfant actuellement âgé de 9 ans; la dernière, celle qui s'est terminée par la venue du sujet actuel.

Cette observation se rapproche donc des observations déjà publiées et reste aussi vague sur le chapitre de l'étiologie. Je ferai remarquer comme particularités de ce cas l'absence presque complète de démangeaisons, et de saillies ortiées, excepté lorsqu'on les provoque, l'absence absolue de réaction sur l'état général. Le traitement comme d'ordinaire s'est trouvé impuissant.

M. RAYMOND. — Il sera intéressant d'examiner les taches pour savoir si elles ne contiennent pas de mastzellen. Une lésion qui présente avec celle-ci des analogies est celle que l'on a décrite en Allemagne sous le nom d'urtica-ria perstans; dans celle-ci, le processus ortié peut aller jusqu'à l'hémorrhagie et il en résulte une pigmentation, mais elle secondaire, tandis que dans le cas présent elle est primitive comme chez le malade présenté par

M. Quinquaud. Mais chez cedernier malade il n'y a pas de mastzellen non plus que dans l'urticaria perstans tandis que dans tous les cas d'urticaire pigmentée vraie examinés jusqu'ici, on a trouvé ces mastzellen. Ce sont donc là trois types d'affections différentes.

### Verrues planes juvéniles.

Par H. FEULARD.

Bien que cette affection soit à présent bien connue, surtout depuis les travaux de Thin, de Darier, et que quelques types aient été montrés ici même en 1889 par MM. Besnier et Tenneson, les cas de ce genre sont encore relativement assez rares; c'est pourquoi j'ai pensé qu'il serait intéressant de vous présenter celui-ci.

Cette fillette est âgée de 7 ans et demi ; elle est la fille unique de marachers et vit presque continuellement au grand air ; elle est blonde, le teint assez vif comme les personnes qui vivent à la campagne. Sur les deux joues on trouve disséminées de nombreuses petites papules ; leurs dimensions varient de celle d'un grain de mil à celle d'une lentille.

Elles forment un relief à peine appréciable, sensible cependant au toucher. Elles sont uniformément plates, de couleur jaunâtre café au lait, et tranchent sur le fond rouge vif de la peau; on croirait de très légères gouttelettes de cire figées sur la peau; elles rappellent aussi quelque peu la disposition de certains éléments de xanthélasma.

Elles sont disposées à peu près symétriquement sur les deux joues, et un peu sur le front; les oreilles et le cou sont indemnes.

Il n'y a aucune démangeaison.

En même temps l'enfant présente sur le dos des mains des verrues plates formant une saillie plus marquée que celles du visage.

Le début semble s'être fait par les mains il y a deux années, et c'est secondairement mais fort peu de temps après que le visage a été envahi.

Le père est très bien portant ; la mère est également en bonne santé, elle n'a rien sur la peau.

L'enfant a été vue par moi la première fois le 5 juillet : j'instituai comme traitement des savonnages quotidiens avec le savon salicylé de Vigier suivis d'une lotion alcoolique au salol et au sublimé (eau distillée 100 gr., alcool 50 gr., salol 1 gr., sublimé 0,15 centigr.); je donnai aussi empiriquement un gramme de magnésie par jour.

Huit jours après l'amélioration était déjà très manifeste; et aujourd'hui, c'est-à-dire après quinze jours de traitement, la guérison est si avancée qu'il est déjà très difficile de retrouver sur la face les traces de la maladie qui risquerait de passer inaperçue d'un observateur non prévenu.

#### Syphilome anal.

Par MM. le professeur FOURNIER et MENDEL, înterne des hôpitaux.

Nous avons l'honneur de présenter à la Société une femme de 45 ans, atteinte d'une affection assez rare, à savoir : un syphilome exclusivement anal.

Notre malade ne présente aucun antécédent héréditaire important. Elle a eu plusieurs bronchites. Elle offre, à l'un des sommets, une respiration rude, mêlée de quelques craquements. L'inspection des crachats, toutefois,

n'a pas révélé le bacille de Koch.

Nous ne trouvons pas dans son histoire d'antécédents bien nets de syphilis. Elle raconte cependant qu'il y a cinq ans elle fut affectée d'une éruption croûteuse sur les membres, éruption qui fut traitée, dans l'un des services de l'hôpital Saint-Louis, par le sirop de Gibert. En septembre 1892, nouvelle éruption papuleuse, suivie de « clous », ou de prétendus clous en très grand nombre, sur les membres et les fesses. Cette éruption a laissé après elle des macules brunâtres, larges comme des pièces d'un franc et tout à fait identiques à des macules de syphilides ulcéreuses. Aujourd'hui notre malade porte une autre éruption indéterminée, maculopapuleuse, un peu prurigineuse.

Les lésions anales ont débuté il y a seize ans. Après un accouchement

sont apparues deux petites hémorrhoïdes indolentes.

Huit ans après, ces hémorrhoïdes, devenues douloureuses, furent exci-

sées, et l'anus reprit sa forme normale.

Mais, quelque temps après, les lésions reparurent, sous forme de petites tumeurs anales qui grossirent et acquirent en deux années le volume qu'elles présentent aujourd'hui. C'est donc depuis six années que cette femme porte l'affection que nous avons l'honneur de vous présenter.

Depuis un mois, notre malade souffre véritablement, car auparavant la station, la marche, la défécation n'éveillaient aucune douleur. Aujourd'hui il n'en est plus de même et ces fonctions sont rendues fort pénibles.

A l'examen de la région affectée, on note l'état suivant :

Toute la partie comprise entre la fourchette et la pointe du coccyx est occupée par une série de tumeurs rosées, mollasses, dont on remarque trois principales, de la grosseur d'une noix chacune. Entre elles on en voit d'autres plus petites.

La peau environnante est d'un rouge lie de vin, infiltrée, épaissie, fissurée. Autour de ces tumeurs, se trouvent plusieurs petites ulcérations creuses, à bords entaillés nettement, jaunâtres, sanieuses, ayant tout à

fait l'aspect d'ulcérations gommeuses

En écartant ces tumeurs, on peut se rendre compte qu'elles ne sont pas indépendantes, mais qu'elles sont reliées entre elles par une base commune, représentée par la muqueuse anale. Convexes par leur surface libre, ces tumeurs s'aplatissent sur leurs faces latérales et vont se perdre par leur pédicule sur la muqueuse de l'anus. L'orifice anal occupe le fond d'une sorte d'infundibulum, dont les parois sont comme cannelées et sont formées par les pédicules juxtaposés des tumeurs que nous avons décrites. Le doigt, engagé dans cet infundibulum, est serré par ces cannelures qui se continuent encore dans l'orifice anal, pour cesser à un centimètre et demi environ de cet orifice. Le rectum est libre.

De toute la région s'écoule incessamment une sécrétion sanieuse et fétide. A deux reprises différentes, deux hémorrhagies assez abondantes se sont produites.

M. A. FOURNIER. — Voici un moulage de ma collection (nº 181) qui reproduit le cas d'une malade de l'hôpital de Lourcine et qui est absolument comparable aux lésions de la malade que vous venez de voir.

## Dystrophie papillaire et pigmentaire.

Par J. DARIER.

J'ai eu l'occasion d'observer et d'étudier au point de vue histologique, deux cas d'une maladie de la peau et des muqueuses que j'appelle, faute de mieux, dystrophie papillaire et pigmentaire. J'ai saisi l'occasion de la présentation que devait faire aujourd'hui M. Hallopeau d'une malade qui répond, selon moi, exactement au même type clinique, pour communiquer à la Société ces deux observation, recueillies en 1889 et 1890. Depuis cette époque MM. Pollitzer et Janovsky (1) ont chacun décrit un cas de cette affection sous le nom d'acanthosis nigricans.

De mes deux malades l'une était soignée et a succombé dans le service de mon excellent maître M. le professeur Fournier qui a bien voulu m'autoriser à recueillir et à publier son histoire; j'ai vu l'autre l'année suivante, dans les salles de notre regretté président M. Vidal.

Obs. I. — La nommée All..., Marie, âgée de 34 ans, jardinière, est entrée à l'hôpital Saint-Louis, salle Henri IV, n° 31, le 6 novembre 1889. Cette femme, profondément cachectique, se plaint de troubles gastriques graves, sur lesquels je reviendrai plus loin, et présente une affection cutanée qui a dès l'abord attiré notre attention. L'altération du tégument est très étendue mais pas absolument généralisée; elle est particulièrement accusée au niveau de certaines régions, le cou, les plis articulaires, l'ombilic, les mains, le pourtour des orifices de la face et la muqueuse buccale; elle est donc essentiellement régionale. Deux modifications la caractérisent: une pigmentation tout à fait anormale et un état rugueux, végétant, pouvant aller jusqu'à la production de véritables papillomes. Il

<sup>(1)</sup> Atlas international des malalies rares de la peau, fasc. IV., 1890.

importe de décrire avec soin l'aspect des diverses parties qui sont le plus attentes.

Le cou est entouré d'un large collier de pigmentation brune qui s'étend en arrière depuis la limite du cuir chevelu, où la teinte est véritablement noire, jusqu'aux épaules d'une part, aux faces latérales et antérieure du cou de l'autre, en perdant un peu de son intensité dans ces derniers points. En outre, la peau est inégale, très rugueuse, couverte d'élevures planes séparées par des sillons. Il n'y a pas là d'éruption à proprement parler, ni d'enduit recouvrant l'épiderme; à un examen attentif, on reconnaît que l'irrégularité de la surface est due à l'exagération des plis et des sillons normaux de la peau, ou plutôt à la saillie des aires, larges de 2 à 3 millimètres, que délimitent ces sillons. Les élevures ne disparaissent pas par la tension de la peau; un pli saisi entre deux doigts ne présente pas une épaisseur très accrue. Il semble cependant que l'épiderme soit légèrement épaissi, mais il ne desquame pas.

Sur les épaules et la partie supérieure du dos, ainsi que sur la face antérieure du thorax la peau reprend à peu près sa teinte ordinaire, elle a seulement l'air sale. On note en outre dans ces régions l'existence d'un certain nombre de taches lenticulaires ou nummulaires, foncées, à surface irrégulière et squameuse, qui ressemblent absolument à des verrues planes séniles. Ces taches sont nombreuses et presque confluentes à la région lombo-sacrée; leur surface est brune et chagrinée; on peut, en les grattant énergiquement, en détacher un enduit corné fortement coloré et la surface, ainsi découverte, apparaît verruqueuse et encore nettement pigmentée.

Dans les plis axillaires, dans les aines, au pourtour de la vulve et dans la rainure interfessière, la peau présente la même coloration foncée et le même état rugueux qu'au niveau du cou; on note en plus la présence dans ces régions de quelques élevures verruqueuses.

On trouve sur les membres aussi, des macules plus ou moins foncées, avec état rugueux et même verruqueux de la peau. Elles sont disséminées sur les bras, sur les cuisses et sur les jambes; on en voit de particulièrement nombreuses dans les creux poplités et dans le pli de flexion des coudes. Dans le voisinage du tendon rotulien, sur le dos du pied, autour de l'olécràne et particulièrement sur la partie inférieure de la face antérieure de l'avant-bras, ces taches verruqueuses sont moins grandes, à peine lenticulaires, peu saillantes, de couleur brunâtre, mais extrêmement nombreuses.

Il y a dans ces points un véritable semis, confluent par places, de petites verrues planes à surface terne et de coloration sale.

Le cuir chevelu est sale et présente un peu d'enduit épithélial et graisseux de couleur jaunâtre ; les cheveux sont tombés pour la plupart ; ceux qui restent cèdent à la moindre traction.

La peau de la face est normale, sauf au pourtour des yeux et de la bouche.

Le bord des paupières présente un aspect très singulier, il est occupé, surtout au voisinage des angles internes et externes des deux yeux, par une rangée de végétations, de petits papillomes filiformes ou en chou-fleur ayant en moyenne deux millimètres de longueur. Ces excroissances ont la couleur de la peau normale et sont implantées exactement à la base des cils qui sont conservés et dont quelques-uns traversent une végétation. La muqueuse conjonctive est saine. L'orifice des narines est normal.

Sur les lèvres on voit aussi quelques végétations papillaires analogues, notamment sur une petite surface qui avoisine la commissure droite.

Quand on fait ouvrir la bouche de la malade on constate que les gencives sont gonflées, fongueuses, molles au toucher et donnent la sensation de velours mouillé. Elles saignent facilement.

La langue est couverte d'un gazon épais de papilles très allongées, rosées, mesurant au moins 3 millim. qu'on peut coucher dans n'importe quel sens et écarter comme on écarte des cheveux pour y faire une raie. Il en résulte un aspect velvétique très particulier. Le palais et le voile du palais sont lisses et normaux ainsi que la face interne des joues. Il n'y a aucune trace de pigmentation des muqueuses.

Sur l'oreille gauche on trouve, au niveau du trou du lobule où passait

la boucle d'oreille, quelques végétations papillaires.

Les aréoles des seins, fortement pigmentées, presque noires, sont couvertes, ainsi que les mamelons, de végétations papillaires hémisphériques

revêtues d'une couche cornée épaisse.

L'ombilic et son pourtour sont le siège de végétations remarquablement nombreuses et longues. Sur une surface de près de trois centimètres de diamètre on y voit des papilles rouges, moins longues à la périphérie qu'au centre où elle mesurent six et huit millimètres de longueur, et pressées les unes contre les autres. Quand on saisit la région ombilicale entre deux doigts et qu'on presse comme pour énucléer l'ombilic, on voit toutes ces papilles s'écarter comme les pétales d'une fleur, ou comme les tentacules d'une anémone de mer.

L'examen de la vulve et du vagin n'a pas été fait.

Les mains présentent un aspect bien caractéristique; sur toute leur face palmaire, ainsi que sur la face antérieure des doigts, il y a un épaississement très notable de la couche cornée de l'épiderme qui se présente d'ailleurs avec sa teinte normale, c'est-à-dire d'un jaune clair. L'épaississement porte très particulièrement sur les crêtes papillaires, en sorte qu'à la vue et au toucher la surface est râpeuse et ressemble absolument à celle d'une lime à sillons profondément entaillés. Sur la face dorsale des doigts, notamment de leurs deux dernières phalanges et plus encore au niveau des articulations, les papilles cornées sont très allongées, dures et brunâtres et l'on croirait toucher de la peau de requin. Sur le dos des mains les plis sont exagérés et il y a une teinte brunâtre diffuse. Les ongles sont nor-

Les pieds présentent des lésions de tous points analogues, mais moins

Les mains et les pieds sont toujours secs ; la peau du tronc et de la face est un peu grasse au toucher comme celle des sujets séborrhéiques. En aucun point la peau n'a perdu son élasticité normale.

L'HISTOIRE PATHOLOGIQUE de cette femme est la suivante : son père, sa mère et un de ses frères sont morts de tuberculose pulmonaire.

A l'âge de 16 ans, elle a eu une bronchite qui a duré une année et à la suite de laquelle elle s'est trouvée très affaiblie. Jusqu'à 22 ans, elle a été sujette à de fréquentes poussées d'urticaire. Elle a eu trois enfants dont le dernier a 10 ans.

Il y a au moins six ans que la malade souffre de son estomac; depuis deux ans elle a perdu l'appétit, elle éprouve des douleurs gastralgiques, elle a eu des vomissements muqueux et récemment elle a rendu des matières couleur de chocolat ou de suie. Elle se nourrit exclusivement de lait; les aliments solides, le vin et même le bouillon ne sont pas tolérés.

Quant au début des lésions cutanées il ne remonte, au dire de la malade, qui est très affirmative sur ce point, qu'au mois d'avril de cette année, c'est-à-dire à six ou sept mois. Il n'y avait pas d'ichtyose ni aucun état anormal auparavant. Elle a remarqué d'abord, sur le cou et les épaules, des taches pigmentaires ressemblant à des amas d'un enduit crasseux. Mais très rapidement, presque en même temps, la pigmentation et l'état verruqueux ont apparu partout où ils existent aujourd'hui et n'ont fait qu'augmenter depuis. La lésion des gencives et de la langue daterait de la même époque.

A son entrée cette femme est dans un état de maigreur extrème, très affaiblie; elle souffre presque continuellement de douleurs épigastriques avec irradiations du côté du dos et des épaules. A la palpation on trouve une tumeur dure, saillante, au niveau du creux épigastrique, se prolongeant du côté de l'ombilic et du côté du foie. Il y a en outre des signes de dilatation stomacale. Les règles n'ont pas reparu depuis le mois de juillet.

Pendant son séjour dans le service l'état ne fit qu'empirer; on vit d'abord apparaître de l'œdème des membres inférieurs, puis de l'ascite à partir du 25 novembre; en même temps se développa un peu d'ictère qui augmenta pendant 15 jours sans devenir très foncé. Les urines examinées à plusieurs reprises étaient diminuées de quantité (500 à 800 gr.) contenaient des pigments biliaires, un léger nuage d'albumine et 15 à 20 gr. d'urée pour les 24 heures. La malade conserva son intelligence jusqu'au bout et succomba dans l'extrême marasme le 7 décembre.

Le moulage de la nuque et du creux poplité, n'ayant pu être exécuté plus tôt, fut pris sur le cadavre (Pièce nº 1477 de la collection générale du Musée de l'hôpital Saint-Louis). Il faut remarquer que les saillies verruqueuses du cou sont moins appréciables que sur le vivant. Dans le creux poplité on compte, sur le moulage, une centaine de taches brunes lenticulaires, confluentes au centre, disséminées sur les bords, strictement limitées à la région. Quoique l'épiderme paraisse épaissi à leur surface elles ne sont pas saillantes, à cause de la distension qu'avait subi la peau des membres inférieurs sous l'influence de l'œdème.

Autopsie, 26 heures après la mort (résumée).

Amaigrissement énorme, anasarque, ictère. Cœur normal. Poumons @dématiés des deux côtés; adhérences et tubercules fibreux au sommet gauche.

Dans la cavité abdominale on trouve une masse cancéreuse volumineuse qui occupe toute la partie gauche de l'épigastre; elle a envahi l'épiploon gastro-hépatique, adhère largement à l'estomac, entoure le duodé-

num, étrangle le canal cholédoque. L'estomac est distendu en forme d'outre par des liquides accumulés; en l'ouvrant on constate que la tumeur, sous forme de grosses élevures molles, ulcérées à leur centre, entourées de vaisseaux dilatés, a détruit un cinquième environ de la muqueuse gastrique, au niveau de la petite courbure et de la région pylorique. Le pylore rétréci admet à peine le bout du doigt. La muqueuse duodénale est saine. L'intestin grêle et le gros intestin sont distendus par des gaz, mais normaux.

Les canaux biliaires et la vésicule sont très dilatés par de la bile brune; le foie pèse 1625 grammes, et ne contient que deux petits noyaux carcinomateux sur la face inférieure du lobe gauche. La rate, très petite et ne pesant que 70 grammes, renferme un petit noyau cancéreux du volume d'un pois. Les reins ne sont pas atrophiés et semblent normaux

à l'œil nu.

Un intérêt spécial s'attachait à l'examen des capsules surrénales. La capsule surrénale gauche est entourée de tissu cellulaire làche; elle est de volume normal et ne renferme, à la coupe, aucun nodule suspect; les nerfs qui s'y rendent, et qui proviennent pour la plupart du plexus solaire, se trouvent en contact, à un ou deux centimètres de la capsule, avec des ganglions cancéreux ramollis. La capsule surrénale droite est également libre et saine; au-devant d'elle et sans adhérence avec elle, se voit un nodule cancéreux du volume d'une noisette; plusieurs ganglions sont au contact de ses nerfs et forment une chaîne, au-devant du plexus solaire, qui se relie à ceux qui existent du côté opposé. Si donc les capsules surrénales sont normales d'aspect, il est possible que leurs nerfs et peut-être leurs vaisseaux aient été comprimés ou irrités par des nodules néoplasiques.

Le péritoine des régions épigastriques, des hypochondres, de la région prélombaire et même celui du petit bassin présentent çà et là des petits nodules cancéreux. On retrouve un semis de granulations de même nature sur la plèvre diaphragmatique. Les ganglions prélombaires et quelques ganglions du médiastin postérieur sont tuméfiés, ramollis et évidemment cancéreux. Les deux ovaires sont volumineux, durs, bosselés, ont subi

une transformation fibromateuse.

Les ganglions externes, inguinaux, axillaires, cervicaux sont normaux.

Les autres organes n'ont rien présenté de remarquable.

La coupe de la tumeur gastrique et des nodules secondaires, tant dans les viscères que sur les séreuses et les glanglions, fournit un suc laiteux abondant au raclage; à l'examen microscopique, on y voit les grosses cellules épithéliales irrégulières du suc cancéreux. Un examen plus approfondi de la structure de ce cancer n'a pas été fait.

La peau du creux axillaire du côté droit a été excisée dans son entier et conservée dans de l'alcool; je la présente ici. On peut voir qu'elle a la couleur et la peau du nègre, elle est d'un brun grisâtre foncé; elle est en outre rugueuse, verrruqueuse; un collègue auquel je la montrais récemment en a comparé l'aspect à celui d'une écorce d'arbre; elle ressemble aussi assez bien, avec ses plis et ses sillons, à la peau du scrotum lorsque le dartos est complètement contracté.

J'ai recueilli en même temps et conservé la peau de l'extrémité d'un doigt; celle-ci n'est nullement pigmentée, mais on voit la saillie remarquable des crêtes papillaires du côté de la face palmaire du doigt, et les aspérités cornées sur la surface répondant au bord latéral.

Oss. II. — La nommée Por..., âgée de 42 ans, était soignée en juin 1890, salle Alibert, n° 64, dans le service de M. Vidal. Celui-ci trouvant le cas curieux, en fit prendre des moulages (1) et, soupçonnant qu'il s'agissait peut-être d'une psorospermose, me chargea de faire un examen microscopique de la peau de cette malade. A cette occasion, j'ai recueilli sur mon livre de biopsies quelques renseignements que je reproduis ici.

Femme brune, à peau congénitalement bistrée, ayant du chloasma de la

face depuis une de ses grossesse; elle a accouché six fois.

Le cou tout entier, depuis le cuir chevelu en arrière jusqu'à la limite du dos, depuis les oreilles latéralement jusqu'à l'acromion et à la clavicule, est le siège d'une pigmentation diffuse, brunâtre, et d'un état verruqueux de la peau. Celle-ci est un peu épaissie, semble-t-il; l'aspect rugueux est dù à l'exagération des plis et des sillons. On ne peut effacer les saillies par la tension de la peau; l'élasticité est normale. Les orifices folliculaires ne sont pas d'iatés et il n'y a pas d'enduit croûteux ou séborrhéique. Dans les creux axillaires l'état verruqueux et la pigmentation sont aussi très marqués; il en est de même aux aines dans la région périvulvaire et périanale et à la surface interne des cuisses, où la peau a la couleur de celle d'une négresse.

Dans la région présternale, entre les seins, la peau est rugueuse; dans les plis sous-mammaires l'hypertrophie des papilles donne à la peau un aspect velvétique; il y a en ce point des sortes d'ondes transversales, parallèles aux plis normaux; la macération de la couche cornée qui se produit dans cette région amène la production d'un enduit grisâtre qu'on peut enlever avec l'ongle. L'aréole et le mamelon sont normaux. L'ombilic est pigmenté et recouvert de verrucosités mais non pas de papillomes allongés. Sur l'abdomen et l'hypogastre, pigmentation diffuse ménageant plus ou moins les vergetures de la grossesse qui existent dans cette région.

Le pli du coude, le creux poplité présentent une pigmentation dissuse avec végétations peu marquées de l'épiderme. Sur le dos des mains, il y a des verrues planes qui confluent sur le dos des poignets en une surface verruqueuse. A la paume des mains, les crètes papillaires sont plus marquées que normalement et l'épiderme corné y paraît plus épais.

Il y a, dans les aines et à la face interne des cuisses, quelques saillies papillomateuses qui s'élèvent sur le fond général verruqueux. Mais on ne trouve pas chez cette malade de papillomes allongés au bord des paupières et des lèvres. La langue est un peu villeuse; rien d'anormal au palais.

Cette femme aurait en, d'après son dire, des plaques verruqueuses entre les seins, « comme des envies », depuis une quinzaine d'années. C'est depuis deux ou trois ans qu'elle remarque que des plaques semblables de

<sup>(1)</sup> Musée de l'hôpital Saint-Louis. Coll. gén. Pièces non 1524, 1525 et 1529.

couleur café au lait au début, se sont développées au cou, aux aines, aux aisselles; ces régions ont pris dans la suite une coloration plus foncée.

Depuis plus d'un an elle souffre de dyspepsie, de tiraillements d'estomac, de renvois putrides, de vomissements. Depuis six mois elle a commencé à maigrir et à s'affaiblir. Les vomissements sont intermittents, depuis un mois ils ont cessé. Une fois elle a rendu des matières noires semblables à du chocolat mal délayé. M. Vidal a diagnostiqué un cancer de l'estomac.

Cette femme, à ce que je crois, a quitté le service de M. Vidal quelques semaines plus tard. J'ignore ce qu'elle est devenue.

Description histologique. — On peut réunir dans un même paragraphe la description des lésions histologiques de la peau que j'ai constatées dans les deux cas ci-dessus. Les résultats sont en effet concordants à quelques nuances près; ils varient quantitativement seulement suivant que la région examinée présentait des saillies papillaires plus ou moins accusées.

A. Peau du cou (obs. I), de l'aisselle (obs. I et II) et de l'aine

(obs. II).

Les fragments de peau ont été traités par l'alcool ou par la liqueur de Müller, d'autres par l'acide osmique ou la liqueur de Flemming :

j'ai employé des méthodes de coloration diverses.

La surface de la peau est vallonnée, rocheuse et présente en somme une très grande irrégularité; tantôt et le plus souvent il y a des saillies volumineuses constituées par un groupe de 5 ou 6 papilles, tantôt chaque papille allongée donne lieu à une saillie pour son propre compte. Quelquefois sur la surface irrégulière, un véritable papillome vient dépasser le niveau de toutes les saillies environnantes.

La couche cornée a une épaisseur un peu variable suivant les points, pourtant elle est en somme partout hypertrophiée. Sur le sommet des saillies papillaires les stratifications cornées sont souvent moins épaisses que dans les sillons; ceux-ci sont parfois comblés par des

amas de cellules cornées.

Il y a une tendance manifeste à la desquamation en petites lamelles. La kératinisation est toutefois parfaite en ce sens que les noyaux de cellules ont partout disparu.

Les couches les plus superficielles, et particulièrement les amas qui remplissent les sillons, contiennent des poussières noires et des corps étrangers : mais il n'y a pas de pigment dans la couche cornée.

La couche granuleuse existe partout, elle est même augmentée mais en très faible proportion; presque partout il n'y a qu'une, deux rangées au plus de cellules chargées d'éléidine.

Le corps muqueux n'est pas notablement hypertrophié sur la peau du cou et de l'aisselle du cas I. Il est augmenté d'épaisseur dans l'aisselle et dans l'aine du cas II, mais pas d'une façon très marquée;

l'augmentation porte plus sur les bourgeons interpapillaires que sur le revêtement des papilles d'où il résulte que le derme, si on le supposait dépouillé de son revêtement épidermique, présenterait une surface encore plus accidentée que n'est celle de l'épiderme. Les cellules du corps muqueux sont d'apparence normale, mais celles de la première rangée, quelquefois même un peu celles de la seconde, renferment une quantité de pigment tout à fait anormale, au moins aussi grande, autant qu'on peut l'apprécier, que celle que l'on trouve dans la peau de bien des nègres.

Je n'ai vu en aucun point du corps muqueux de tourbillons comme ceux qu'a observés Pollitzer, ni de vacuoles, ni rien qui ressemble aux éléments spéciaux de la psorospermose folliculaire et de la maladie de

Paget.

Les papilles sont très allongées, très irrégulières, quelquefois ramifiées, rarement élargies. Leur structure, ainsi que celle du corps papillaire tout entier (couche superficielle du derme), est normale et je n'y relève qu'une seule particularité; c'est la présence en nombre variable suivant les points, mais au nombre de 10 à 12 dans certaines papilles, de cellules fusiformes ou ramifiées chargées de pigment. Quelques-unes sont disposées en rangées le long des vaisseaux sanguins des papilles, d'autres semblent faire la chaîne jusqu'au contact de l'épiderme. Ailleurs ces cellules pigmentées du derme sont plutôt rares, il faut les chercher mais on en trouve toujours.

Le tissu conjonctif du derme est normal aussi bien que celui du corps papillaire. Le tissu élastique m'a paru un peu augmenté, comme quantité et comme largeur de ses fibres, dans la peau du cou et de l'aisselle de l'obs. I; le point méritait d'être relevé étant donnée l'hypertrophie manifeste de ce tissu que j'ai pu constater sur les coupes

du cas de MM. Hallopeau et Jeanselme.

En aucun point du derme et du corps papillaire il n'y a d'infiltration cellulaire, de cellules migratices ou d'éléments ronds en proportion qu'on puisse qualifier d'anormale.

Les vaisseaux qui se trouvent dans les coupes paraissent sains ; il

n'y a point de foyer hémorrhagique.

Les quelques follicules pilosébacés que j'ai rencontrés dans les fragments de peau examinés m'ont paru normaux. Il n'y a en tous cas pas de dilatation de leur orifice ni d'accumulation particulièrement marquée de substance cornée à ce niveau. Les glandes sudoripares, ont un canal excréteur qui n'est aucunement modifié; les glomérules sont normaux là où j'ai pu les étudier (aisselle du cas I); malheureusement aucun des fragments traités par l'acide osmique n'en renfermait.

B. — Végétations de l'ombilic (Cas I).

Les végétations durcies par l'alcool et coupées longitudinalement

mesurent encore 5 ou 6 millimètres sur les préparations. Elles sont constituées par des papilles très allongées, ramifiées et quelquefois avec extrémité renflée en massue, dans la composition desquelles entrent des faisceaux conjonctifs tous longitudinaux, des fibres élastiques très grèles, et des vaisseaux dilatés; le tout est revêtu d'un épiderme très épais. La couche cornée est relativement mince, sauf dans les sillons; la couche granuleuse comprend de une à trois rangées de cellules mais manque en quelques points; la couche malpighienne est surtout épaissie, mais d'ailleurs normale.

C. - Peau de la pulpe du doigt index (Cas I).

Les modifications consistent en une augmentation énorme de l'épaisseur de la couche cornée, une augmentation très modérée au contraire du corps muqueux et de la couche granuleuse. Les glomérules des glandes sudoripares sont absolument normaux d'aspect.

En résumé, chez ces deux femmes, âgées de 34 et de 42 ans, au cours de l'évolution d'un cancer gastrique à marche plutôt lente, s'est développée une modification des téguments caractérisée par un double processus : hypertrophie papillaire et pigmentation.

L'hypertrophie papillaire prend le pas sur la pigmentation puisqu'elle existait seule au pourtour des orifices naturels, sur les mains, au niveau de l'ombilic, sur la langue et dans un cas sur les

gencives.

La pigmentation, accompagnée d'un état verruqueux et même papillomateux de la peau a des sièges d'élection principaux au niveau du cou et surtout de la nuque, et au niveau des plis articulaires où elle atteint un degré extrême. On la retrouve affectant la disposition de macules comparables à des verrues planes séniles sur le tronc de ces deux malades, et sous forme de petites verrues planes confluentes, à pigmentation diffuse, en quelques régions (poignets, coudes, etc.).

Le début de cette affection est essentiellement insidieux, mais elle paraît pouvoir se développer et se presque généraliser en l'espace de

quelques mois.

Il est bien évident que cette dermatose ne rentre dans aucun des cadres actuellement établis. Elle a des caractères assez spéciaux pour qu'il soit superflu d'en exposer le diagnostic différentiel. Il est cependant nécessaire de la comparer à quelques types offrant avec elle des traits communs, ne fût-ce que pour se faire une idée de la nature possible de la maladie.

La maladie d'Addison est aussi une cachexie pigmentaire avec asthénie profonde, douleurs épigastriques et lombaires, troubles digestifs; mais la mélanodermie n'a pas le même caractère régional, la pigmentation s'étend aux muqueuses et surtout, l'état rugueux de la peau,les végétations papillaires, sont étrangers à la maladie bronzée. Il en est de même pour toute la série des mélanodermies dont la relation est plus ou moins bien établie avec la phthiriase, les dermatoses chroniques, l'action de certains médicaments, le paludisme, le diabète, la lèpre, la tuberculose et la carcinose; aucune d'entre elles ne s'accompagne d'hypertrophies papillaires et n'a les localisations signalées ci-dessus.

L'ichthyose, qui peut être noire, ménage précisément les plis articulaires et les muqueuses, et son origine remonte toujours à la première enfance. Certains états cachectiques donnent lieu à une dystrophie de la peau, à des états ichthyosoïdes quelquefois avec pigmentation, dont l'aspect et les localisations sont bien différents de ce qu'ils étaient dans nos cas. Ces pseudo-ichthyoses sont mal connues; peut-être y a-t-il lieu d'y voir des troubles du même ordre

que ceux qui nous occupent.

Un rapprochement qui s'impose est celui des verrues dites séniles ou séborrhéiques. Sans doute celles-ci n'affectent pas de vastes surfaces, sont discrètes, circonscrites, fuient plutôt les plis, et laissent intactes les muqueuses et la paume des mains. Mais elles affectent de préférence les sujets débilités et misérables; nos deux malades avaient des macules verruqueuses qu'il eut été impossible de distinguer de véritables verrues séniles; ce n'est certainement pas l'effet d'une simple coïncidence et on serait tenté d'admettre que l'altération des surfaces muqueuses et pigmenteuses est un trouble du même ordre que ces verrues. L'histologie d'ailleurs n'en est pas foncièrement différente. Nos malades déclaraient même que leur dermatose avait commencé par l'apparition de « taches crasseuses ». Les vieillards atteints de verrues séborrhéiques ont souvent, à la face notamment, des excroissances papillaires, pigmentées ou non.

Enfin, j'ai été très frappé de constater qu'il y avait, à côté de différences fondamentales, certaines analogies entre la dystrophie papillaire et la psorospermose folliculaire végétante. Sans doute la ressemblance des surfaces malades n'est que grossière; dans la psorospermose la couleur brune et l'inégalité sont dues à un enduit de consistance cornée, qui pénètre dans les follicules et qui contient les corps ronds et les grains caractéristiques. Mais les deux maladies affectent bien des localisations communes, ont une prédilection pour les plis articulaires, la région périgénitale. La face palmaire des mains est altérée dans les deux cas, différemment il est vrai, par des points cornés dans la psorospermose, par une hypertrophie générale des crêtes dans la dystrophie. Mes deux psorospermiques avaient des verrues planes sur le dos des mains et la langue villeuse. J'ignore la signification de ces quelques analogies que jai tenu à relever.

Tout ce qui précède ne conduit pas à une notion bien claire de la nature de la maladie qui m'occupe, et laisse dans l'embarras pour lui

assigner un nom.

J'ai cru devoir repousser la dénomination d'acanthosis nigricans qui a été proposée, comme trop précise et probablement incomplètement exacte. Il y a sans doute de l'acanthosis, c'est-à-dire de l'hyperthrophie de la couche épineuse ou du corps muqueux de Malpighi, dans cette maladie, mais elle manque ou est à peine accusée en certains points; il y a par place plus de kératose que d'acanthose; enfin il ne me paraît pas certain, bien au contraire, que le tissu dermique proprement dit, celui des papilles notamment, soit tout à fait indemne. Le mot de papillomatose nigricante serait plus exact; on lui a reproché d'être incorrect.

En tous cas il est impossible de ne pas être frappé de la relation surprenante qui paraît exister entre cette affection de la peau et la carcinose gastrique ou abdominale. En dehors de ce qu'on a vu pour mes deux cas, je rappellerai que mon ami M. Pollitzer, dont j'ai attiré l'attention sur ce point alors que son mémoire était sous presse, a recherché et a retrouvé la même circonstance pour sa malade. Celle de MM. Hallopeau et Jeanselme présente, à ce que je crois, des symptômes bien suspects à cet égard.

Dans ces conditions le nom de dystrophie papillaire et pigmentaire sans consacrer une interprétation pathogénique qui nous échappe, me paraît avoir l'avantage d'être à la fois descriptif et suffisamment vague.

M. Barthélemy. — Je demanderai à M. Darier si ces cas se rapprochent de la séborrhée concrète pigmentaire.

M. Darier. - Je me suis attaché à démontrer que dans mes cas il n'y avait pas un simple enduit séborrhéique noir, mais une pigmentation profonde de l'épiderme et du derme. Parmi les mélanodermies des cachectiques il faut, à mon sens, faire une place à part à celle-ci, qui est caractérisée par l'hypertrophie papillaire plus encore que par la pigmentation. J'accorde qu'elle offre certaines analogies avec les verrues séniles ou séborrhéiques, lesquelles sont toutefois toujours circonscrites. Quant aux séborrhées concrètes pigmentaires diffuses, on a compris sous ce nom une série de faits disparates; on a déjà extrait de ce groupe la psòrospermose folliculaire; la dystrophie papillaire et pigmentaire doit à son tour en être distinguée. Je suis très porté à croire que la pièce du musée nº 1483, inscrite par M. Hallopeau sous le nom de séborrhée nigricans, se rapporte à un cas de dystrophie, d'autant plus que la malade était, comme le mentionne l'étiquette, atteinte de cancer de l'estomac. Cela porterait à six, en y comprenant celui que MM. Hallopeau et Jeanselme vont présenter aujourd'hui, le nombre des cas connus de dystrophie papillaire et pigmentaire.

# Sur un cas de dystrophie papillaire et pigmentaire. (Acanthosis pigricans.)

Par H, HALLOPEAU, E, JEANSELME et MESLAY,

En 1890, S. Pollitzer et V. Janovsky publiaient chacun, dans la même livraison de l'Atlas international des maladies rares de la peau, une observation d'une affection nouvelle qu'ils désignaient sous le nom d'acanthosis nigricans.

A cette époque, M. Darier avait déjà observé deux faits semblables, à l'hôpital Saint-Louis, l'un dans le service de M. Vidal, l'autre dans celui du professeur Fournier, et il avait fait un examen histologique complet des lésions cutanées. On vient d'entendre qu'il applique à cette dermatose la dénomination de dystrophie papillaire et pigmentaire; nous l'adoptons, comme n'impliquant aucune hypothèse, en attendant que l'on puisse en trouver une qui soit fondée sur la nature de la maladie.

Nous avons eu récemment l'occasion d'étudier un nouvel exemple de cette singulière affection encore presque inconnue. L'intérêt que présente ce cas, en raison même de sa rareté, nous engage à le rapporter dans tous ses détails.

Exposé du fait. — La nommée A..., Marianne, âgée de 72 ans, matelassière, habitant Hendé, près Saint-Pierre-du-Vauvray, département de l'Eure, est entrée le 27 juin 1893, à l'hôpital Saint-Louis, pavillon Lugol.

Cette femme est habituellement bien portante. Dans ses antécédents morbides, nous ne relevons qu'une variole pendant l'enfance.

La malade fait remonter le début de son affection à dix mois environ, époque à laquelle elle ressentit des douleurs assez vives dans les régions temporo-maxillaires et commença de se plaindre d'une surdité assez marquée et de bourdonnements qui persistent encore actuellement.

Mais en réalité, la maladie qui amène cette femme à l'hôpital, ne paraît dater que de trois mois. Il y eut tout d'abord un peu de gêne dans les mouvements de la langue, qui semblait gonflée ainsi que la voûte palatine. Depuis lors, cette sensation d'empâtement s'est accentuée et s'est étendue à toute la cavité buccale. Il y a trois semaines, de nombreuses excroissances villeuses se sont développées sur la lèvre supérieure.

Tels sont les seuls troubles morbides qui ont attiré l'attention de la malade. Nous verrons, dans le cours de la description, qu'il existe encore d'autres altérations importantes qui, grâce à leur indolence, ont totalement échappé à la patiente.

État actuel. — A la lèvre supérieure, la portion de muqueuse exposée à l'air est tout à fait normale. Mais celle qui est en rapport avec la lèvre inférieure et celle qui tapisse la paroi postérieure sont doublées par une couche continue de saillies filiformes, ayant de 3 à 5 millim, de longueur. Il n'y a pas de transition entre la bande labiale saine et la nappe de végé-

d

q

e

tations villeuses; celle-ci forme un gros bourrelet interposé entre les deux lèvres et recouvert de croûtes sèches, jaunâtres, dans la partie qui est au contact de l'air. Cette nappe occupe toute la largeur de la lèvre supérieure. Elle gagne les commissures et recouvre toute la lèvre inférieure de végétations microscopiques et probablement plus récentes, à l'exception toutefois de la mince bande labiale qui n'est pas accolée à la lèvre supérieure.

De là, la couche papillomateuse tapisse sans interruption le vestibule de la bouche dans toute sa hauteur, la face interne des joues, les faces externe et interne des gencives ainsi que la sertissure des dents. Elle se termine par un bord net, qui dessine un fer à cheval, en bas à l'union de la muqueuse de la gencive inférieure avec celle du plancher de la bouche, en haut à l'union de la muqueuse de la gencive supérieure avec celle de la voûte palatine. La majeure partie du palais est respectée, on n'observe à son niveau d'état villeux que sur une étendue de la grandeur d'une pièce de deux francs. Cette nappe végétante tranche par sa coloration d'un rose vif et par son bord extrêmement net sur le fond jaunâtre et anémié du palais. Pendant les quelques jours que la malade a été soumise à notre observation, la zone végétante a pris une grande extension ; la partie antérieure de la voûte palatine jusque-là indemne est maintenant occupée par de petites touffes villeuses disséminées çà et là.

Le dos de la langue est tapissé dans toute son étendue par des papilles fort longues mais très souples. Celles-ci, en se couchant dans divers sens, à la manière des épis de blé dans un champ ravagé par un orage, laissent entre elles des sillons étroits et irréguliers. De chaque côté de la face dorsale de la langue, à deux centimètres en arrière de la pointe, commence une bordure marginale de 7 à 8 millim, de largeur qui se prolonge jusque vers la racine de l'organe. Ces deux bandes, au niveau desquelles les papilles linguales ont leur longueur et leur couleur normales, circonscrivent avec une grande netteté la couche papillaire centrale qui est un peu surélevée et surtout très injectée. La face inférieure de la langue, à l'exception de la région voisine de la pointe qui est intéressée, le frein, le plancher de la bouche, n'offrent aucune altération.

L'isthme du gosier, les piliers, les amygdales, le pharynx, les arrièrenarines, les orifices des trompes d'Eustache (comme l'a démontré l'examen rhinoscopique) ne sont pas le siège de végétations. La surdité dont se plaint la malade depuis une dizaine de mois est sans doute indépendante de l'affection actuelle et relève probablement de l'otite scléreuse si fréquente chez les vieillards (1).

Toutes les régions qui ont subi la transformation villeuse sont très injectées. A un examen attentif, on constate que chaque végétation est constituée par un filament blanc grisâtre, régulier, non ramifié, dont l'axe est occupé par une ligne rouge qui la parcourt dans toute sa longueur et se termine à peu de distance de son extrémité libre par un léger renflement en massue. La moindre pression chasse le sang de la végétation, mais celle ci redevient très rapidement rose et turgide. Malgré leur con-

<sup>(1)</sup> L'examen rhinoscopique a été pratiqué par M. Mendel.

gestion intense, jamais les végétations n'ont donné lieu au moindre écoulement sanguin.

Outre la sensation continuelle de corps étranger occasionnée par l'état villeux de la cavité buccale et la gêne des mouvements des lèvres, de la langue et des joues, la malade se plaint d'avoir le goût très émoussé. Pourtant, les sensations gustatives proprement dites, recherchées à l'aide du sucre et du sulfate de quinine, sont parfaitement conservées : peut-être existe-t-il un léger retard dans la perception. Les odeurs sont également très bien reconnues.

Le larynx n'a pas été examiné. Du reste, il n'existe aucun trouble de la phonation ou de la respiration.

Le visage est bistré, maculé de nombreuses éphélides, sillonné de capillaires dilatés. Les rides, les plis qui donnent au masque facial son expression sont très accentués. Au voisinage des commissures labiales, la peau est parcourue par de nombreux plis qui dessinent une sorte de marqueterie. Sur le fond inégal et pigmenté de la face, on observe trois variétés d'éminences verruciformes : des verrues séniles assez nombreuses, d'aspect sale, des verrues à surface lisse hémisphériques ou planes, des excroissances villeuses constituées par des touffes de papilles filiformes munies d'étuis cornés. Cette dernière variété est de beaucoup la plus fréquente. Au niveau des commissures labiales, on peut suivre toutes les transitions entre les saillies végétantes qui sont situées sur la muqueuse buccale et celles qui sont disséminées sur la peau. Peu à peu, les végétations perdent leur aspect humide et leur coloration rose vif, elles se recouvrent d'un épiderme plus épais, ce qui leur donne une teinte opaline; celles qui sont distantes des commissures d'un centimètre environ sont tout à fait cutanisées. Ces végétations villeuses sont disséminées sur toute la face mais occupent plus spécialement le voisinage des narines et de la sous-cloison.

Dans le vestibule de la narine gauche, existent des amas villeux peu saillants. Ils ne donnent lieu qu'à une sensation de gêne et à la formation de croûtes qui sont expulsées facilement sans le moindre écoulement sanguin.

Sur le bord libre de la paupière supérieure droite, vers son milieu, est appendue une végétation sèche, cutanisée, presque pédiculée. Sur le bord de la paupière inférieure du même côté existe, près de l'angle externe de l'œil, un amas sessile de la grosseur d'une lentille, dont les saillies villeuses, baignées par les larmes, ont une teinte rose vif. Les deux points lacrymaux de l'œil droit sont entourés et dissimulés par un bouquet de papilles humides très injectées. Il n'y a pas d'épiphora.

Le conduit auditif et la conque du pavillon de l'oreille, des deux côtés, sont parsemés de touffes de villosités. Sur la face temporale du pavillon et sur la région mastoïdienne correspondante existe une nappe continue de saillies filiformes sèches et rugueuses qui donnent au doigt la sensation d'une râpe.

Sur le cuir chevelu, on découvre, dissimulés sous les cheveux, de nombreux placards d'aspect graisseux, séborrhéiques. Ces croûtes adhèrent très intimement à des nappes villeuses.

Le cou dans toute sa hauteur et toute sa circonférence présente un

0

d

b

aspect caractéristique. Il est très ridé et très pigmenté, surtout dans sa demi-circonférence postérieure. La peau est peu épaissie, elle est mobile, mais elle donne au doigt promené à sa surface une sensation rugueuse comme si elle était parsemée de gros grains de sable adhérents. Elle est segmentée en flots plus ou moins réguliers par les plis cutanés considérablement exagérés. Certains ont quelques millimètres de profondeur et leurs lèvres doivent être écartées, pour qu'on puisse apercevoir le fond non ulcéré des sillons. Chaque îlot est divisé et subdivisé en espaces de plus en plus petits dont la surface est très finement chagrinée par l'exagération des papilles normales. Çà et là, cet état papillomateux s'accentue au point de former de petits disques de quelques millimètres de diamètre avant tous les caractères objectifs des verrues planes. Dans d'autres points, les papilles hypertrophiées, filiformes, coiffées de prolongements cornés se groupent de manière à figurer une gerbe ou une motte de gazon. Sur les côtés du cou, la peau trop lâche retombe en formant plusieurs plis parallèles.

La peau des aisselles a subi des modifications analogues. C'est la même coloration gris sale, comme si ces régions avaient été enduites de mine de plomb, la même exagération des plis cutanés, la même tendance à la formation d'excroissances verruqueuses planes ou villeuses. Les poils sont

conservés.

A la région présternale, à l'épigastre et sous les seins, la pigmentation et l'état ridé de la peau, sans être aussi accentués qu'au niveau du cou, sont très manifestes. Toute cette région est semée de très nombreuses excroissances papillaires.

Les mamelons très végétants sont recouverts d'une véritable carapace

cornée ayant l'aspect de la porcelaine craquelée.

La pigmentation légère sur les flancs et les régions iliaques, s'accentue au niveau des plis inguinaux et de la vulve, elle devient très intense dans les sillons génito-cruraux et au pourtour de l'anus. Dans tous ces points la peau est segmentée par des rides très profondes qui acquièrent leur plus grand développement au niveau des régions péri-anale et coccygienne.

Les petites lèvres, le vestibule, le clitoris, le vagin, la partie du col

accessible à l'exploration sont exempts de toute altération.

Dans la région dorsale, la peau a son aspect normal. Les saillies verruqueuses y sont rares. On y remarque des nævi vasculaires en grand nombre. Au niveau des lombes, une excroissance papillaire énorme, du volume d'une noisette, a subi la transformation épithéliomateuse.

Aux bras rien d'anormal à signaler. La face dorsale des avant-bras et des mains est pigmentée et parsemée de nombreuses éphélides. Au-devant des poignets, sur une hauteur de 6 à 8 cent., la peau offre une coloration bistrée très accentuée et un aspect quadrillé des plus nets. Chaque îlot de ce réseau est surmonté de petits mamelons obtus qui représentent les papilles normales hypertrophiées. Cet état chagriné se continue sur la face palmaire des mains et sur toute la circonférence des doigts, il est très marqué au niveau des espaces interdigitaux et des têtes des métacarpiens. Dans tous ces points, l'épiderme est épais, induré, rénitent, de sorte que les mouvements des doigts sont gênés. Pourtant les travaux délicats tels que la couture, peuvent encore être exécutés.

L'épaississement épidermique continue de s'accroître, bien que la malade ait cessé son métier depuis deux mois.

Les membres inférieurs sont presque indemnes. Pourtant il y a de nombreuses excroissances verruqueuses dans les creux poplités. On n'observe pas d'état papillaire, ni d'épaississement corné au niveau des pieds.

La malade dit avoir un peu maigri depuis deux mois. Ses digestions ont toujours été pénibles. Depuis quarante ans elle vomissait souvent après ses repas, mais son état général restait satisfaisant. Elle souffrait aussi assez fréquemment de douleurs siégeant à l'épigastre ou à la région dorsale.

Depuis que la muqueuse buccale est doublée d'une nappe villeuse, il y a des régurgitations incessantes, aqueuses, très acides, qui semblent avoir l'estomac pour point de départ. L'expuition est continuelle, les crachats sont incolores et n'ont aucun aspect caractéristique. Il n'y a pas de tumeur constatable à la palpation au creux épigastrique. Les ganglions inguinaux sont nombreux et assez volumineux. Au-dessus du creux sus-claviculaire gauche, existent deux ganglions du volume d'une noisette, très durs et fusionnés entre eux.

Le foie, l'intestin, le cœur et le poumon paraissent fonctionner normalement. Les urines ne contiennent pas d'albumine. La température est normale.

Voici, résumés en quelques mots, les traits principaux de cette longue observation. Chez une femme de 72 ans s'est développée, dans l'espace de trois mois, une nappe végétante et continue qui tapisse presque toute la cavité buccale. Cet état villeux qui s'accompagne d'une gène dans les mouvements de la langue et d'une perte partielle du goût, est la seule lésion qui ait attiré l'attention de la malade. Mais la simple inspection de la peau montre que plusieurs départements de l'enveloppe cutanée sont le siège de modifications analogues.

Dans tous les points qui sont atteints, on observe une exagération des plis naturels de la peau, de nombreuses excroissances verruqueuses et une pigmentation plus ou moins accusée. Cet état est déjà très évident au niveau de la face, du vestibule des narines et des paupières; il s'accentue sur le cuir chevelu, le pavillon des oreilles et les conduits auditifs externes; il acquiert son maximum de développement sur le cou, les aisselles, les poignets, les mains, les mamelons, les plis génito-cruraux et la région ano-coccygienne.

Examen microscopique. — Cet examen, pratiqué en commun par MM. Darier et Janselme, a porté sur deux petits fragments de peau excisés sur la partie latérale de la nuque et comprenant chacun un petit papillome.

a. Sur le premier fragment, durci par l'acide osmique, on remarque une grande irrégularité de la surface cutanée. En un point, existe même une élevure véritablement papillomateuse.

La couche cornée a partout son aspect normal, mais elle a subi un épaississement notable. Le corps muqueux de Malpighi est également tre

ne

l'é

de

ac

pla

CO

ca

co

tr

m

tie

m

tr

fr

g

m

d

d

d

9

la

très épaissi au niveau du papillome, il reprend des dimensions à peu près normales dans la région avoisinante. La première rangée des cellules de l'épiderme est extraordinairement chargée de pigment.

Dans le corps papillaire (papilles et couche superficielle du derme), de nombreuses cellules fusiformes ou ramifiées sont infiltrées de granulations pigmentaires. Les vaisseaux de cette couche sont quelquefois dilatés.

Dans tout le tiers supérieur du chorion proprement dit, on observe une accumulation remarquable de tissu élastique composé de fibres beaucoup plus larges et plus nombreuses que dans l'état normal et de véritables pelotons de fibres plus petites. Quoiqu'il y ait normalement dans la région du cou une trame élastique assez abondant e il s'agit manifestement dans ce cas d'une hypertrophie marquée de ce tissu.

b. Le second fragment a été durci par l'alcool; certaines coupes ont été

colorées par le picro-carminate, d'autres par l'orcéine.

Outre l'épaississement de la couche cornée et du corps muqueux au niveau du papillome, on constate que la couche granuleuse est composée de trois à quatre rangées de cellules sur le papillome, et d'une à deux seulement dans son voisinage.

Le corps papillaire contient des cellules pigmentaires et une accumulation considérable de cellules rondes et fusiformes dans l'axe conjonctif des papilles et dans tout le corps papillaire à la base du papillome. A une certaine distance de cette excroissance, l'infiltration cellulaire devient moindre.

La couche élastique hypertrophiée se colore en jaune sur les coupes traitées par le picro-carmin. Les préparations colorées à l'orcéine montrent très nettement la richesse de la couche élastique précédemment signalée et les dimensions exagérées des fibres.

Les coupes ne contiennent pas de glandes sudoripares. Le seul follicule

pileux observé ne présente rien d'anormal.

En résumé: hypertrophie générale de l'épiderme, allongement et augmentation de volume des papilles qui présentent les traces d'un état inflammatoire très probablement secondaire; hypertrophie remarquable du tissu élastique qui n'a été constatée ni dans le cas de Pollitzer, ni dans ceux de Parier. Cette constatation nous conduit à voir dans cette maladie plutôt une dystrophie du tégument qu'une affection limitée à l'épiderme opinion que consacrerait le terme d'acanthosis.

Il nous semble inutile de discuter longuement le diagnostic de l'affection que nous venons de décrire. Bien que la patiente souffre depuis fort longtemps de troubles gastriques et qu'elle se plaigne de crises douloureuses ayant pour siège le creux de l'estomac et la région dorso-lombaire, il est impossible de confondre le syndrome très spécial que nous venons de rapporter avec la maladie d'Addison, surtout en l'absence de plaques ardoisées sur les muqueuses. L'analogie avec la psorospermose végétante de Darier est assurément plus grande, mais celle-ci a pour caractéristique la présence de petites masses cornées engagées dans l'orifice des glandes sébacées hypertrophiées, or rien de semblable n'existe dans le cas présent.

Tout l'ensemble des lésions prouve au contraire jusqu'à l'évidence qu'il s'agit de l'affection décrite par S. Pollitzer et V. Janovsky sous le nom d'acanthosis nigricans. Nous retrouvons dans leurs observations les mêmes localisations régionales et les mêmes modifications cutanées caractérisées par l'état segmenté de la peau et l'existence d'excroissances verruqueuses associées à la pigmentation.

Un point qui mérite de fixer l'attention, c'est la relation qui existe entre cette cachexie mélano-papillaire et l'état du tube digestif. Dans le fait de Pollitzer, la malade mourut d'un cancer latent de l'estomac; dans celui de Janovsky, le malade souffrait de troubles gastriques depuis de longues années; dans les deux observations que vient de relater M. Darier, la mort a été causée par un cancer de l'estomac. Notre malade digère péniblement, il n'y a pas de tumeur appréciable au creux épigastrique, mais on constate au-dessus de la fosse susclaviculaire gauche deux gros ganglions indolents et durs. Les observations ultérieures montreront, suivant toute vraisemblance, que la coïncidence entre la carcinose du tube digestif et la dystrophie papillaire et pigmentaire n'est pas fortuite.

Dernière remarque: l'une des grosses excroissances papillaires que notre malade porte à la région lombaire paraît en voie de transformation épithéliomateuse. Cette constatation doit être retenue, car si elle se renouvelait, elle tendrait à prouver que cette dystrophie, dont la nature est encore tout à fait inconnue est susceptible de dégénérer en tumeur épithéliale aussi bien au niveau de la peau qu'au niveau de la muqueuse gastrique.

M. Hallopeau. — Un des caractères les plus remarquables de notre observation me paraît être la présence, en beaucoup d'endroits, de verrues séniles et l'existence d'excroissances intermédiaires par leurs caractères entre ces productions et les dystrophies papillaires; il y a une corrélation évidente entre ces deux formes de néoplasies. On est conduit de la sorte à penser qu'un seul et même agent générateur provoque le développement des unes et des autres; il acquerrait, chez des sujets prédisposés, une puissance d'action anormale. L'hypothèse la plus vraisemblable est celle d'une infection.

Au point de vue du diagnostic, nous devons signaler les analogies apparentes que cette maladie peut présenter avec la séborrhée nigricans (coll. génér., n° 1483, Musée). Sur un moulage que nous avons l'honneur de vous présenter, on peut voir une pigmentation noirâtre coıncidant avec un aspect végétant de l'épiderme; mais, dans ce cas, il s'agissait d'un enduit séborrhéique que l'on enlevait facilement par le grattage; de même, dans les plis naturels de la peau, les concrétions faisaient défaut : il n'y avait donc dans ce fait qu'une analogie apparente avec la dystrophie papillaire et pigmentaire.

M. Darier. — Je suis pourtant frappé de ce fait que l'étiquette annexée

à cette pièce indique que la malade était atteinte d'un cancer de l'estomac; d'autre part l'aspect objectif de la région moulée est si analogue à celui que présentaient mes malades que je ne peux m'empêcher de croire qu'ici encore il s'agissait d'un cas de dystrophie papillaire et pigmentaire.

#### Note sur le diagnostic différentiel de quelques variétés de folliculites et notamment de l'acnitis et de la folliclis.

Par T. BARTHÉLEMY.

Quelques cas de dermatose rare et d'un diagnostic indécis ont été, dans le cours de cette année, soumis à mon observation, grâce à la bienveillance et à la libéralité de mes excellents maîtres, MM. Besnier et Fournier, qu'en vérité je ne saurais trop vivement remercier.

Ce sont trois de ces faits qui serviront de base à l'étude complémentaire qui va suivre.

## I. - RÉSULTATS TIRÉS DE LA SYMPTOMATOLOGIE ET DE L'ÉVOLUTION

Obs. I. — Le dernier de ces cas que j'ai présenté à la Société de dermatologie et de syphiligraphie dans la séance du 12 juin 1893 provenait du service de M. le professeur Fournier. On se souvient peut-être encore qu'il s'agissait d'une jeune domestique, âgée de 16 ans, atteinte pour la première fois de sa vie et depuis deux mois, d'une éruption disséminée sur tout le corps, mais occupant avec une intensité réelle presque exclusivement les avant-bras, les bras, les joues, le front et le cou.

D'abord peu abondants, les éléments éruptifs se multiplièrent par des poussées successives, à peu près quotidiennes, ou plutôt nocturnes, de telle façon que dans l'espace de 15 jours la malade eut une éruption très abondante sur les bras, modérément abondante à la face, très disséminée

sur le cou, d'une épaule à l'autre.

En observant de près l'apparition et en analysant l'évolution de cette affection cutanée, on peut se rendre compte des faits suivants :

Le début a lieu cliniquement, objectivement, par des taches rosées, d'un rose vif, animé, taches franchement et nettement ortiées (plaques d'érythème ortié).

Cette tache ne diffère de la peau normale que par la rougeur; sans saillie à la périphérie, elle s'accuse en relief au fur et à mesure qu'on se rapproche du centre, où l'on aperçoit un petit point médian plus spécialement proéminant: c'est là que siège aussi le maximum du prurit; c'est là par conséquent que s'exerce le plus activement le grattage; de là les petits éléments de prurigo qu'on constate çà et là.

Notons d'ailleurs que le plus grand nombre des éléments échappe à l'exceriation et poursuit son évolution indépendamment de toute interruption traumatique. La petite saillie centrale devient papule dès le lendemain de son apparition et, au bout de quelques jours, se gonfle, passe à

l'état de papulo-vésicule, s'excorie ou se crève spontanément et donne issue à petite quantité de sérosité, simple ici, louche ailleurs ou jaunâtre, ou franchement purulente. Enfin, une croûtelle se forme, d'abord molle, adhérente, jaunâtre, saillante, puis plus sèche, plus aplatie, brune, et devenant plus facile à détacher au fur et à mesure qu'elle vieillit. Quand elle est tombée, il ne reste plus qu'une simple macule, rougeâtre, puis brunâtre, sans cicatrice, autant qu'il m'a paru dans les deux examens que j'ai pu faire de la malade. Une fois l'excoriation réalisée, soit par le grattage, soit spontanément, le prurit s'atténue progressivement. L'évolution totale de chaque élément vrai (car il en est d'avortés ou de frustes qui, petits, se passent en 3 ou 4 jours) a une durée de sept huit jours.

L'éruption est absolument nulle à la paume des mains ; elle s'arrête brusquement aux plis des poignets et presque en ligne droite le long du bord cubital du dos des mains, selon la distribution des follicules pilo-sébacés.

Il n'y a rien à la face antéro-interne des bras.

L'éruption est au contraire très développée sur la région externe et postérieure des bras, des avant-bras, du poignet, de la région carpienne, des pouces, voire des phalanges, à l'extrémité desquelles on aperçoit encore quelques éléments avortés et miliaires au niveau du bouquet pilosébacé de la phalangette des annulaires. Tout cesse aux alentours des aisselles : il n'y a rien aux pieds.

Lors de mon deuxième examen qui eut lieu le 16 juin, quelques taches ortiées s'étaient tout récemment développées sur la région présternale, et

d'autres, au nombre de 5, sur la peau des seins.

Trois éléments papulo-vésiculeux existent sur le bord libre du lobule de l'oreille droite; deux petits éléments avortés, déjà desséchés, occupent le centre de la coque, non loin du conduit auditif, au milieu de points noirs et de comédons déjà anciens.

Notons encore qu'il n'y a rien ni au nez, ni aux lèvres, pas plus qu'aux faces antérieures et internes des bras. C'est aux bosses frontales, aux pommettes, surtout à gauche, que l'éruption est le plus développée ainsi qu'aux faces postérieures et externes des bras et des avant-bras où les éléments sont confluents grâce à l'étendue de la zone rouge qui entoure chacun d'eux.

L'éruption cesse brusquement au niveau de chaque épaulette.

Il y a lieu de bien mentionner l'absence de tout élément sous-cutané, de toute nodosité, la superficialité absolue de la lésion débutante, le prurit, la sensation veloutée de la plaque érythémato-ortiée, puis l'apparition à son centre de l'élément papulo-vésiculeux, l'excoriation de celui-ci, sa transformation en pustules puis en croûtelles, enfin la terminaison par une macule assez longtemps persistante mais non cicatricielle.

Ce sont là tout autant de caractères qui n'existent, ni dans l'acnitis, ni dans la folliclis; il n'y a même pas ici de folliculite à proprement parler.

A un examen approfondi, il ne me semble pas possible de maintenir le diagnostic de lichen aigu simple proposé à première vue par M. Brocq. J'ai signalé que l'affection avait procédé par poussées successives, à la façon d'une dysidrose, avec cette différence qu'elle semble se produire dans les follicules pilo-sébacés; la localisation si nettement tranchée ne paraît pas être ici un fait fortuit.

Il s'agit, pour moi, sous toutes réserves bien entendu, d'une toxidermite polymorphe, d'abord érythémateuse et ortiée, puis papulo-vésiculeuse, enfin pustulo-croûteuse et maculeuse.

La malade n'a pas de dilatation d'estomac, mais elle est sujette aux fermentations gastro-intestinales et à la constipation. Elle transpire toujours des pieds et des mains; après les repas, elle a toujours le sang à la tête, des étouffements qui l'obligent à enlever son corset; elle a habituellement les extrémités froides, presque algides, relativement cyaniques, des irrégularités menstruelles et un lymphatisme assez marqué.

C'est sur des téguments ainsi prédisposés, envahis d'habitude par une séborrhée légère et marquée par une éruption d'acné papuleuse discrète, que s'est développée la toxidermite, expression tégumentaire d'une recrudescence passagère, sinon d'une élimination des fermentations gastriques ou intestinales habituelles. Quoi qu'il en soit de cette théorie, à laquelle je ne tiens d'ailleurs que médiocrement mais qui a pour moi le mérite de rendre assez bien compte des faits morbides objectifs, l'histoire de cette maladie est si différente de celle des acnitis et folliclis, voire des folliculites en général, qu'il n'y a pas lieu d'insister davantage sur le diagnostic différentiel.

Dans les cas qui suivent, il s'agit très nettement au contraire de folliculites.

Obs. II. — Le second fait a été observé dans le service de M. le Dr Besnier. Il s'agit d'un cuisinier, âgé de 33 ans, qui vit relativement sobrement, mais qui est sujet aux cauchemars, est agité et parle haut pendant son sommeil. Cet homme est pâle, maigre, nerveux, souffre de poussées fréquentes et douloureuses d'aphtes, depuis 10 ans; il présente un clapotage très marqué de l'estomac. Il est essoufflé facilement et a de fréquentes palpitations, bien que le cœur et les poumons soient sains. Il a eu beaucoup de furoncles pendant son enfance. Pelade il y a 3 ans.

Depuis 10 ans, il a des boutons disséminés sur tout le corps, mais surtout aux membres et notamment aux jambes : « Il en a plus ou moins,

mais il n'a jamais été un jour sans en avoir ».

Ce ne sont ni des furoncles, ni des acnés, ni des ecthymas; ce sont des pustules à base assez épaisse, nullement groupées, disséminées sur tout le corps, voire à la face et au cuir chevelu. Elles sont nées dans l'épaisseur du derme et nullement précédées de nodosités sous-cutanées.

Il y a rougeur, cuisson, petite induration, puis saillie légère; enfin, apparition d'une vésicule à tête blanche d'où l'on peut faire sourdre une gouttelette de sérosité purulente. A ce moment, la lésion est de la largeur d'une lentille, limitée par une zone rose au niveau de laquelle la peau est un peu épaissie, un peu tuméfiée, un peu douloureuse.

Bientôt la pustule se constitue plus nettement; et, au bout d'une quinzaine, la croûte plate, très brune, commence à se détacher. Vers le

ANN. DE DERMAT. - 3º sie T. IV.

20e jour, elle tombe sèche, mince, superficielle, très brune, et laisse voir une cicatrice arrondie en forme de lentille, lisse mais déprimée, faite comme à l'emporte-pièce, avec dépression marquée surtout au centre, blanche sur le haut du corps, très pigmentée aux membres inférieurs.

Le corps porte ainsi plus de 150 cicatrices et menace d'en être tout criblé à cause de la répétition incessante et de la chronicité persistante des boutons : ce sont là les raisons qui décident le malade à aller consulter, surtout, parce qu'à cause de son métier, il redoute l'apparition de ces boutons suivis de cicatrices à la face et au cuir chevelu. Les cheveux sont noirs, fins, abondants ; adénopathies rétrocervicales bilatérales ; pas de syphilis ; rien à noter aux dents, gencives, voile du palais, gorge, etc... Intertrigo érythrasmique gauche.

Au moment de l'examen, on constate seulement quelques éléments en voie d'activité ancienne ou récente : 5 au coude gauche, 4 à la jambe gauche, 5 à la jambe droite ; chacun est muni de sa croûtelle ; la plupart l'ont sèche, mince, plate, noire, et datent d'une quinzaine de jours. Toutes sont indolentes. Une seule offre un certain degré d'acuité, date de 8 jours environ et siège au mollet droit. D'une manière générale, le côté droit a toujours été plus atteint que l'autre.

Je n'ai pas revu le malade et je ne sais ce qu'il est devenu, de sorte qu'aucune biopsie n'a pu être tentée; mais combien ce fait diffère du précédent: pas d'urticaire, pas de prurit (donc, il ne saurait être question de prurigo d'Hebra); au lieu de macules, des cicatrices, et celles-ci déprimées, presque ombiliquées au centre. J'insiste encore sur l'évolution exclusivement intradermique du processus; sur sa localisation nette et accentuée aux membres..... Sans doute il n'y a pas de groupement dans les folliculites; mais l'absence de nodosités souscutanées doit faire rejeter l'idée de l'acnitis et préférer l'étiquette de folliclis, en dépit de la dissémination des éléments, mais à cause de la chronicité extrême de leurs poussées. C'est une sorte de folliculite acnoïde, un processus comparable à celui de l'acné varioliforme ou arthritique de Bazin.

Obs. III. — Voici encore une observation de ces folliculites que l'on peut, toujours en attendant mieux, désigner sous le nom de folliclis.

Il s'agit ici d'un pharmacien âgé de 36 ans, qui m'a été adressé par M. le D' Besnier avec prière de bien étudier les lésions des oreilles, du dos des mains, des poignets, etc...

Il est bien digne d'attention, en effet, que cette éruption n'ait jamais existé un instant depuis 10 ans à la paume des mains. Elle ne s'est jamais montrée qu'aux régions dorsales des mains et des doigts, ayant pour limites très nettement tranchées les faces latérales.

D'ailleurs l'éruption date de 1883, époque à laquelle elle se fit tout d'un coup, généralisée, sans que le patient ait encore eu alors de rhumatisme, ou absorbé aucun médicament. Le sujet n'avait antérieurement ni acné ni eczéma, ni furoncle, ni herpès, ni ecthyma; il n'est et n'a jamais été n.

alc

à

pa

Il

n'e

co

lit

pa

in

le

ér en

m

et

ci

CI

to

d

b

a

tı

alcoolique, ni fumeur. Mais son estomac est délicat, et donne lieu souvent à des renvois, des acidités, du pyrosis, etc... Pas de sable dans les urines, pas de constipation ni de diarrhée; pas de dilatation d'estomac. Pas de nervosisme. Bon sommeil. Jamais de syphilis. Pas de catarrhe uréthral. Il ne prend jamais ni d'eaux suspectes ni de viandes faisandées, ni marée ni coquillages; il se perd en conjectures sur la cause de son éruption. Il n'est ni scrofuleux ni lymphatique.

En quoi consiste donc cette affection cutanée? En des poussées incessantes depuis 10 ans, se produisant sans groupement, sur tout le corps, mais surtout sur les membres, poussées de pustules ou de follicu-

lites, suivies de cicatrices déprimées, presque ombiliquées.

Le début s'est fait par les jambes et les cuisses, les avant-bras, puis

par les pieds.

C'est dans la 2° année, c'est-à-dire en 1885, que l'éruption a été le plus intense, au moment où le patient traitait des rhumatismes par les bains de vapeur.

Les poussées sont presque continuelles, mais très peu abondantes en temps ordinaire; il n'y a qu'en été et par les grandes chaleurs qu'elles s'exaspèrent; à partir du mois d'octobre, elles vont en diminuant; elles sont à peu près nulles en hiver et au printemps. Cette année 1893, quand les froids ont cessé, à la fin de février, il ne parut plus que 2 ou 3 éléments éruptifs sur le dos des mains, un à droite, 2 à gauche; le 7 mars j'en vois encore la trace toute récente, bien que l'évolution en soit tout à fait terminée.

Il n'y en a presque pas au tronc, 3 ou 4 en tout depuis plusieurs années; et pourtant les avant-bras et les jambes sont littéralement criblés de cicatrices.

C'est d'abord un point rouge, puis une petite papule dont le centre se creuse en vésicule, laquelle blanchit au sommet; on sent très bien alors dans le derme une petite nodosité qui est remplie de pus. Tout cela s'est fait avec une douleur insignifiante; puis « ça perce »; très peu de pus s'écoule, la plus grande partie se transformant in situ en croûtelle qui tombe après cinq ou six jours. Il reste une cicatrice d'abord rouge, puis pigmentée, enfin toute blanche.

La tête (cuir chevelu et face) a toujours été épargnée jusqu'ici; il en est de même du cou, de la nuque, des lèvres, des joues, gencives et cavité buccale.

Les oreilles présentent cinq ou six pustulettes purulentes et quelques autres plus anciennes, déjà sèches. Il faut noter que les oreilles sont atteintes tous les ans, même dans les années peu froides, d'engelures; au mois de mars, au moment de mon examen, il y en a encore. Outre les troubles trophiques (rougeur, puis atrophie de la peau) on constate que le bord libre du pavillon est déchiqueté par les cicatrices et les pertes de substance comme il eût pu l'être par un lupus, par exemple : toutes les lésions se sont produites sur le bord libre et à l'extrémité supérieure des pavillons; aucune n'existe ou n'a existé aux lobules.

Sur le tronc la peau est séborrhéique, grasse; sur les épaules, on remarque quelques pustulettes d'acné mêlées à de petites cicatrices blan-

ches non déprimées, bien différentes de celles qui relèvent du processus folliculipare.

Les cuisses et les jambes sont criblées de cicatrices, brunes ou encore violacées; à la partie interne on en trouve pent-être un peu moins qu'ailleurs. A la racine des fesses, tout cesse; à peine en est-il deux ou trois au pubis; à peine y a-t-il de la gêne pour le bandage herniaire.

Les avant-bras, aux faces internes surtout, sont criblés de cicatrices. Celles-ci, à partir des coudes, deviennent rares; à partir du tiers supé-

rieur des bras, il n'v en a plus.

Les cicatrices récentes sont rouges ; celles qui le sont moins sont violacées ; les autres sont brunes ; enfin les plus anciennes sont toutes blanches.

Toutes sont arrondies, les unes de la dimension d'un grain de mil, les autres d'une lentille; les plus larges atteignent les dimensions d'une moitié de pois. Les petites n'ont rien de spécial; les moyennes et les larges sont déprimées, comme faites à l'emporte-pièce et portent au centre une petite dépression comme s'il se fût agi d'une ombilication variolique.

Le simple exposé de la localisation de ces folliculites et de ces pus-

tules, ainsi que de leur évolution est fort significatif :

Le diagnostic de folliculite est ici certain; la généralisation, la dissémination des éléments inflammatoires pourrait faire croire à un cas d'acnitis; mais jé ne trouve pas le début soudain, la marche aiguë ni les petites nodosités qui étaient si nettes dans la 1<sup>re</sup> observation de mon mémoire de 1891, observation que je considère toujours comme typique de l'acnitis dans sa forme intense et aiguë. D'autre part, ces cicatrices plates, déprimées dans leur totalité, de manière que les bords nettement arrêtés et formés par la peau saine paraissent et sont en relief, ces cicatrices ombiliquées au centre, semblent bien se rapporter à la variété folliclis, d'autant que l'éruption, essentiellement chronique, et tout en étant disséminée ayant cependant des sièges bien délimités, offre encore à ce point de vue les caractères de la folliclis, avec cette différence que la localisation, tout en étant circonscrite, est cependant moins restreinte que dans les cas qui ont fait l'objet de ma première description.

Cela prouve qu'il faut élargir un peu les cadres, de même que l'observation de MM. Hallopeau et Claisse, laquelle me semble bien se rapporter à l'acnitis, démontre que ces folliculites peuvent parfois se grouper à la face et aux lèvres, quoique la dissémination tout à fait fortuite des éléments acnitiques soit bien et reste une de leurs

principales caractéristiques dans les cas typiques.

Mais je persiste à penser qu'il y a lieu de bien distinguer l'une de l'autre ces deux variétés de folliculites; et je maintiens cette distinction par des arguments exclusivement cliniques et objectifs. On peut d'ailleurs s'en rendre compte et on sera, je crois, très frappé par la

simple inspection des moulages qui sont exposés au musée de l'hôpital St-Louis, d'une part ceux d'acnitis (Barthélemy, Hallopeau, etc.), d'autre part ceux de folliclis (Besnier, etc...). On a rapidement ainsi la conviction que l'on a bien affaire à deux affections différentes. Pour les distinguer non seulement entre elles, mais encore avec toutes autres dermatites capables de leur ressembler, l'histologie et la bactériologie pourront et devront apporter leurs précieux suppléments d'informations.

## II. - RÉSULTATS TIBÉS DES EXAMENS MICROSCOPIQUES

Les renseignements fournis jusqu'à ce jour par l'histologie ne sont ni concluants ni définitifs; il ne semble même pas, à la lecture des notes publiées, que ce soient toujours des cas identiques qui aient été soumis à l'observation et à la discussion des auteurs.

La question devra donc être ultérieurement reprise à ce point de

vue, pour peu que l'on tienne à sortir de ce désaccord.

Dans les examens qui me sont personnels, j'ai trouvé compromis tous les éléments constitutifs de la peau, des glandes sébacées, des glandes sudoripares et les espaces interglandulaires ou neutres étaient intéressés de telle façon qu'il était difficile de se prononcer et d'affirmer le point aux dépens duquel s'était effectué le processus primordial. Notons qu'il n'y a pas là un fait isolé en dermatologie; bien au contraire; pour n'en citer qu'un exemple, n'est-ce pas ce qu'on observe dans les nodosités furonculeuses où le bourbillon englobe tous les éléments de la peau?...

Mais, n'ayant à ce point de vue aucune compétence spéciale, je me garderai bien de me prononcer d'après mes propres examens et je renverrai à ceux de MM. Darier, Jacquet, Pollitzer (Monatshefte, février 1892), Dubreuilh (Archiv. de méd. expér., janvier 1893), etc. M. Pollitzer (de New-York) admet que des ptomaïnes sont formées dans l'appareil digestif et éliminées par les glandes sudoripares qui subissent ainsi une dégénérescence parenchymateuse et une inflammation secondaire : de là le nom d'hidradénites suppuratives destructives qu'il propose. M. Dubreuilh (de Bordeaux) s'est montré récemment très affirmatif; peut-être trop hâtivement généralisateur, il tend à confondre entre elles les acnitis et les folliclis et même d'autres folliculites, croyant devoir les rapporter toutes à la lésion des glandes sudoripares, et les désignant toutes par le qualificatif d'hidrosadénites suppuratives disséminées.

Je ne saurais pour ma part souscrire à cette identification: la dissémination des éléments, leur début par des nodosités sous-cutanées, leur allure aiguë dans l'acnitis contrastant vivement avec la marche essentiellement chronique de l'éruption des folliclis, la localisation et le groupement habituel de ces derniers éléments, l'aspect si spécial, si systématiquement et toujours identique à lui-même des cicatrices déprimées, aplaties, régulièrément arrondies, faites à l'emporte-pièce, et ombiliquées au centre, porteraient plutôt à croire que non seulement la symptomatologie et la localisation, mais aussi la nature et la cause, sont ici différentes. Je crois, en tout cas, que mieux que toutes les descriptions écrites, l'examen des moulages convaincra tous les observateurs de la nécessité de maintenir une distinction entre ces dermatoses.

Pour ce qui est de la localisation des éléments d'acnitis dans les glandes sudoripares, je noterai d'abord que ce n'est pas sur le tronc ni dans les régions les plus riches en glandes sudoripares que ces folliculites se développent le plus abondamment; que des éléments éruptifs ont été observés sur des muqueuses, non seulement aux lèvres et à la face interne des joues (obs. II, p. 19 et p. 21, acnitis, Ann. de dermatol., 1891), mais même aux gencives, où les glandes sudori-

pares font totalement défaut.

N'a-t-on pas au nom de l'histologie produit la même allégation jadis à propos du lichen plan; et pourtant là encore la clinique a démontré, par les lésions linguales par exemple, que si cette variété de lichen affectait parfois tout particulièrement l'élément vasculaire des glandes sudoripares, elle n'était nullement contrainte pour se manifester, de passer par leur canal, et que, dans certains cas, elle s'en montrait même absolument indépendante. Je pourrais citer d'autres exemples, mais je me garderai de raisonner par analogie, d'autant plus qu'il ne paraît pas encore incontestable que les glandes sudoripares soient le siège exclusif, ne fût-ce que de cette variété de folliculites. C'est une infiltration diffuse de cellules lymphoïdes qui s'accumulent principalement autour des vaisseaux des follicules pilosébacés et des glandes sudoripares. Autour des vaisseaux, cette infiltration se fait sous forme de manchons périvasculaires. Comme les vaisseaux sont particulièrement fréquents autour des glandes sudoripares, il n'y a rien d'étonnant que la lésion soit aussi particulièrement accentuée en ces mêmes points.

J'ajouterai que, même si cette localisation exclusive était démontrée d'une manière irréfutable, je ne serais pas d'avis d'adopter la dénomi-

nation d'hidrosadénites suppuratives disséminées.

Comment faire alors la distinction avec les hidrosadénites suppuratives, que Verneuil, dès 1864, a appelées d'un nom identique et qui, d'origine probablement furonculeuse, siègent disséminées aux aisselles, aux grandes lèvres, au périnée et au pourtour de l'anus? Et d'ailleurs depuis quand la localisation de la lésion est-elle le fait capital dans une affection? Il n'en est rien et quand bien même l'acnitis se déveopperait, fût-ce exclusivement dans les glandes sudoripares, on ne

se

tos

ra

TI

m

pa

ju

qu

di

fa

êi

le

e

serait pas en droit d'accorder aux glandes sudoripares le rôle prépondérant dans la genèse, dans l'évolution et dans l'histoire de la dermatose.

Ce sont aussi des folliculites et peut-être des hidrosadénites suppuratives disséminées que celles qu'a décrites Nielly en 1882 dans la Thérapeutique contemporaine (p. 345); il s'agit pourtant d'une dermatose parasitaire pustuleuse ou d'une papulose filarienne.

Je répondrai donc à M. Dubreuilh :

La dénomination d'acnitis me semble bonne à garder précisément parce qu'elle n'a pas plus de signification que celle de psoriasis ou d'eczéma ou de lichen; et que si elle rappelle l'acné, c'est parce que c'est avec l'acné nodulaire, l'acné phlegmoneuse que l'affection en question était jadis le plus souvent confondue, mais qu'elle ne préjuge rien en faveur d'une localisation dans les glandes pilo-sébacées.

Enfin, tout en m'excusant de m'attarder encore sur un point quelque peu personnel, je crois devoir répondre à notre collègue M. Brocq qui, dans son livre, par deux fois (p. 283 et p. 300) a réclamé la priorité pour la description (dans son livre de 1890, je viens pour la première fois de l'apprendre tout à l'heure) d'une variété de folliculites disséminées symétriques à tendance cicatricielle.

Dans mon mémoire, consacré exclusivement à la clinique, je n'ai fait aucun historique de la question, et je suis loin d'avoir prétendu être le premier à m'occuper des folliculites.

Dans leur étude j'ai été frappé de l'extrême diversité des faits qui y étaient englobés sous ce chef et j'ai cherché, dans la mesure de mes moyens, à individualiser quelques types qui m'ont paru bien distincts les uns des autres.

Depuis Alibert et Rayer, depuis Velpeau, Verneuil et Bazin, les observateurs ont fait paraître bien des travaux sur les folliculites. Puisque j'ai été mis en cause, je rappellerai que dès 1882, dans les Annales, j'ai publié (p. 523) une observation de folliculites agminées et disséminées suppuratives. De plus, il me sera permis de faire remarquer que dans mon mémoire de 1891, la principale observation d'acnitis date de 1882; que d'autre part, la principale observation de folliclis date aussi de 1882, époque où j'avais l'honneur d'être chef de clinique dans le service de M. le professeur Fournier et où, pour M. Brocq. sortant de l'internat, il pouvait encore alors exister quelques points obscurs en dermatologie. On m'accordera bien, que les dénominations que j'ai proposées ont du moins l'avantage de la brièveté sur celle qu'a employée M. Brocq, à savoir: folliculites disséminées symétriques des parties glabres à tendances cicatricielles; sans compter que l'on différencierait mal cette variété de folliculites d'avec d'autres et qu'on prolongerait ainsi la confusion, par exemple, avec l'acné arthritique de Bazin qui se compose aussi de folliculites disséminées symétriquement sur les parties glabres (front, tempes, etc.) et se fait remarquer par ses tendances cicatricielles; il s'agit là plutôt d'une définition que d'une dénomination.

Le mot « folliculite » me semble si banal que je le comparerais volontiers au diagnostic de « dermite ». Il importe à l'avenir de spécifier la variété de folliculite à laquelle on a affaire :

Folliculite localisée de Duclaux et Leloir;

Folliculite sébacée et séborrhéique;

Folliculite sudoripare;

Folliculite furonculeuse;

Folliculite du molluscum contagiosum enflammé;

Folliculite chronique décalvante et cicatricielle à extension centrifuge, à la façon d'un lupus miliaire ou acnéique, etc... et je suis bien loin de les citer toutes ici.

Je terminerai en répétant que c'est exclusivement par des observations et par des arguments cliniques que j'ai tenté d'établir une distinction, non seulement entre les folliculites et les autres dermatoses similaires, mais encore entre les diverses variétés de dermatoses jusque-là confondues dans le groupe trop élastique des folliculites. Un certain nombre des affections ainsi désignées ne semble même pas siéger dans les follicules proprement dits ; les examens microscopiques en s'exerçant bien sur les cas les plus typiques de chaque variété, rendront les distinctions plus précises et plus fermes ; mais il ne me semble pas que dans les choses médicales, l'histologie à qui on doit cependant tant de précieux éclaircissements, soit le guide exclusif et que toutes les autres considérations doivent s'incliner devant ses données, sujettes d'ailleurs, elles aussi comme toutes choses humaines, soit à l'erreur, soit à l'incertitude et aux solutions inachevées.

L'élément variolique est une pustule dont la localisation est aujourd'hui assez nettement définie et sur laquelle on est à peu près d'accord. Pourtant, à quel médecin viendra-t-il à l'esprit de prétendre que tout l'intérêt scientifique du processus variolique réside dans sa localisation? Il n'en saurait être autrement pour les autres affections cutanées. Et si jusqu'à plus ample informé les dénominations de folliclis et d'acnitis me semblent mériter la préférence, c'est que, tout en étant brèves et concises, elles n'ont pas plus de signification que celles de psoriasis ou d'eczéma et qu'elles échappent par là même aux fluctuations inévitables à tout ce qui n'est pas définitivement et irréfutablement acquis.

Notre collègue M. Darier a bien voulu procéder à l'examen histologique des éléments de l'éruption qui fait l'objet de la première observation rapportée dans ce travail. Il s'agit du cas présenté dans la dernière séance de la Société, en l'éliminant du cadre des folliculites, mais sans pouvoir lui donner d'étiquette nette, J'avais pensé à une éruption érythémato-ortiée devenant ensuite vésiculopustuleuse; sa localisation si tranchée au point de vue clinique, presque exclusive sur certains points, dans les groupes folliculaires pilo-sébacés, ne me paraît pas pouvoir être considérée comme un phénomène indifférent dans l'appréciation de ce processus. L'histologie, tout en ne confirmant pas cette interprétation et en n'élucidant pas la question pathogénique, apporte des données trop intéressantes pour ne pas prier M. Darier d'en exposer ici les résultats, bien que, pour ma part, je croie devoir formuler quelques réserves relativement au diagnostic.

Je rappelle que la jeune fille est âgée de 16 ans, qu'elle est fortement constituée et bien développée, qu'elle est légèrement lymphatique, et depuis longtemps acnéique et qu'une séborrhée habituelle lui rend la peau grasse et luisante; enfin qu'elle est pour la première fois de

sa vie atteinte d'une éruption.

Ces faits permettent, je pense, d'éliminer le prurigo d'Hebra et même le lichen strophulus, à moins d'étendre considérablement le cadre de cette affection, sujette du reste à revision. Quant au lichen aigu simple, invoqué par M. Brocq, il me semble que pour cette affection, il est encore besoin de discussions nouvelles et de recherches approfondies; car, qu'on le veuille ou non, le mot lichen éveille aujourd'hui dans l'esprit des dermatologistes l'idée d'une papule solide et pleine comme dans le lichen plan ou d'une érythrodermie avec saillies fines comme dans le lichen ruber. Au milieu de ce chaos le lichen aigu simple reste une affection mal définie pour laquelle une formule plus précise est à trouver, et que, pour ma part, j'ai tendance à verser dans le vaste groupe, encore mal exploré, des toxidermites polymorphes, allant depuis les érythèmes et les urticaires jusqu'à quelques-unes des affections pustuleuses dont il vient d'être question.

# Examen histologique d'un cas de prurigo de Hebra récent développé dans l'adolescence.

(Observation I du mémoire précédent de M. Barthélemy.)

Par J. DARIER.

J'ai choisi, pour les soumettre à l'examen histologique, deux petits éléments tout à fait récents sur le bord cubital de l'avant-bras. Leur apparition ne remontait pas à plus de 3 ou 4 heures, au dire de la malade; très certainement ils n'existaient pas la veille au soir.

Ces éléments avaient les caractères suivants: c'étaient de petites papules très légèrement saillantes, du volume d'une tête d'épingle, à surface plane, blanches et entourées d'une aréole inflammatoire rosée de 1 à 2 millimètres de largeur. En les regardant à la loupe on voyait exactement à leur sommet une très petite tache jaunâtre. Il n'y avait pas encore de vésiculation apparente; du reste, en déchirant avec une aiguille une papule absolument semblable et de même âge on ne faisait pas sourdre de liquide séreux, tandis qu'il était facile d'obtenir une goutte de sérosité lorsque l'on piquait un élément plus ancien.

De ces deux papules, excisées avec un petit lambeau de la peau avoisinante gros comme une lentille, l'une fut plongée dans le liquide de Flemming, l'autre dans l'alcool à 90°. Les coupes ont été faites « en série » et toutes montées en préparations, après coloration soit par l'hématoxy-line, soit par le picro-carminate, soit par les deux réactifs combinés. Il est facile de retrouver sur la série des coupes celles qui correspondent exactement au milieu de la papule.

On constate sur ces coupes qu'il y a des lésions de l'épiderme et du derme. La lésion de l'épiderme paraît la plus spéciale et m'occupera d'abord.

On est d'emblée frappé de l'existence, au niveau de la partie la plus saillante de la papule, d'une plaque lenticulaire située entre la couche cornée qui se poursuit au-dessus d'elle, et le corps muqueux. Cette plaque, qui a une épaisseur correspondant à 5 ou 6 rangées de cellules malpighiennes, se colore en jaune orangé par le picro-carminate; elle est teintée en gris pâle, mais non en noir, par l'osmium de la liqueur de Flemming. Elle paraît composée de boules réfringentes coalescentes en certains points et donnant l'impression de cellules en dégénérescence colloïde. Entre ces boules, dépourvues de noyau colorable, il y a un certain nombre de cellules incomplètement kératinisées dont le noyau se colore facilement en bleu par l'hématoxyline.

La couche granuleuse a disparu au niveau de cette plaque; on voit nettement la rangée des cellules chargées d'éléidine s'arrêter à sa circonfé-

Au-dessous de la plaque colloïde le corps muqueux de Malpighi a encore une épaisseur égale ou même supérieure à la normale. Les cellules malpighiennes sous-jacentes, surtout celles qui sont les plus voisines du bord de la plaque, présentent de la façon la plus nette les divers stades de la vésiculation, depuis l'œdème périnucléaire jusqu'à la confluence cavitaire ; les cavités un peu étendues renferment un liquide, dont les albuminoïdes se sont coagulés en granulations ou en réseau, et en outre quelques cellules migratrices.

Dans toute l'étendue de la papule, il y a, du reste, des cellules migratrices assez nombreuses dans les espaces intercellulaires très dilatés du corps muqueux. Je n'ai pas trouvé de karyomitoses en nombre anormal.

A cet état inflammatoire aigu de l'épiderme s'associent des lésions analogues du derme, dans sa couche superficielle tout au moins. Les papilles sont un peu allongées, mais surtout élargies, œdémateuses et parcourues par des capillaires dilatés. Elles sont le siège d'une infiltration diffuse de cellules lymphoïdes qui, de là, gagnent les espaces intercellulaires de l'épiderme, en sorte que la limite entre le derme et l'épiderme est très peu de

n

m

q

ri

fo

nette. Ces lésions d'œdème inflammatoire existent dans toute l'étendue de la papule; en dehors de ses limites, on retrouve le tissu dermique normal; les vaisseaux ont cependant, jusqu'à une certaine distance, un manchon de cellules rondes.

J'ai particulièrement recherché, sur la série de mes coupes, les rapports qui pouvaient exister entre les papules et les orifices folliculaires ou sudoripares. Les papules que j'ai examinées n'ont aucune relation avec les follicules pilo-sébacés; on voit un de ces derniers s'ouvrir tout à côté de l'une d'entre elles. Quant aux canaux sudoripares, j'en ai vu deux qui s'abouchaient dans une papule, au niveau de la plaque colloïde lenticulaire, mais excentriquement; le canal était déformé, dévié, et non dilaté; je n'en ai pas trouvé dans les coupes de l'autre papule.

Les lésions précédentes sont très exactement celles que j'ai ren contrées à l'examen de papules récentes de prurigo de Hebra.

C'est particulièrement quand on recueille des éléments récents de cette éruption si fréquente chez les enfants âgés de 1 à 4 ans, que l'on a appelée le strophulus pruriginosus, éruption que l'on considère, à tort ou à raison, comme représentant la forme jeune du prurigo de Hebra, qu'on obtient des préparations identiques à celles du cas actuel. J'ail pu, grâce à l'obligeance de M. Comby, médecin du dispensaire de Belleville, étudier un certain nombre de cas de cette éruption tout à fait au début; à cette période, les papules initiales sont habituellement noyées dans une plaque d'urticaire; elles émergent, pour ainsi dire, après l'affaissement de l'œdème congestif; plus tard, chez les mêmes sujets, elles peuvent naître sans urticaire concomitant. Étant donnée l'extrême fréquence de cette éruption dans l'enfance, où elle récidive pendant plusieurs mois ou même quelques années, il est certain qu'elle se termine le plus souvent par la guérison; les cas de prurigo de l'adolescent ou de l'adulte sont en effet infiniment plus rares. Quand on examine ces derniers au moment d'une poussée aiguë on retrouve également des éléments qui ont la structure que j'ai exposée ci-dessus.

La papule récente de prurigo est donc constituée par un état inflammatoire aigu de l'épiderme. A son sommet se trouve une sorte de plaque lenticulaire formée par des cellules en dégénérescence colloïde, plaque apparaissant à l'examen clinique sous forme d'une tache jaunâtre. Au-dessous se produit une vésiculation active du corps muqueux de Malpighi. A sa base existe un œdème inflammatoire plus ou moins étendu du corps papillaire qui se traduit par l'apparence urticarienne.

La vésicule une fois constituée est destinée à se dessécher, puis il y a exfoliation de l'épiderme malade, ou bien elle est déchirée dans les manœuvres de grattage. Tel paraît être le processus pathologique.

Peut-on aller plus loin et se faire une idée de la pathogénie des

lésions. Très certainement cette plaque jaunâtre qui couronne la papule n'est pas une croûtelle due à l'excoriation comme l'ont admis la plupart des auteurs qui ont écrit sur le prurigo; elle n'a nullement le caractère d'une lésion mécanique et la couche cornée passe intacte au-dessus d'elle. Très certainement encore « l'urticaire » n'est pas la lésion principale et primitive dans ce cas. Il semble au contraire probable que l'œdème inflammatoire et la vésiculation sont secondaires à l'altération pimitive d'un groupe de cellules malpighiennes qui ont dégénéré en bloc; mais sous quelle influence et par quel mécanisme se produit cette lésion? c'est ce que l'on ne peut dire. Des hypothèses que l'on peut faire en pareil cas, celle d'une névrodermite ou d'une action trophique d'origine réflexe, échappe à toute démonstration anatomique.

En faveur d'une action microbienne, d'une décharge de parasites charriés par le sang, je ne puis fournir aucun argument, n'ayant

fait dans ce sens que des recherches très insuffisantes.

L'hypothèse de l'intervention d'une toxine, d'une toxicodermie d'origine interne, n'est ni démontrée ni contredite par l'anatomie pathologique. Il convient donc d'être très réservé dans l'interprétation

pathogénique de cette maladie.

Je n'ai voulu ici qu'exposer les lésions trouvées dans un cas un peu spécial de prurigo, remarquable surtout par l'âge auquel a apparu la dermatose ; j'ai tenu à les comparer aux résultats de mon expérience antérieure ; je me suis interdit dans cette courte note de faire intervenir des données bibliographiques parmi lesquelles les travaux de MM. Leloir et Tavernier auraient eu droit à une mention toute spéciale.

# Des hémorrhagies syphilitiques du cercle ciliaire, et de leur traitement

Par M. GALEZOWSKI.

Nulle question ne me paraît plus importante en ophtalmologie que celle qui se rapporte à l'étude de la région ciliaire de l'œil. Cette partie de la choroïde est chargée de préférence de la nutrition du globe oculaire tout entier, en même temps qu'elle constitue un organe nutritif sui generis, qui possède les propriétés sécrétantes, semblables à celles qui se trouvent dans les glandes sécrétantes elles-mêmes. D'où vient, en effet, la sécrétion de l'humeur aqueuse, lorsque ce liquide est vidé? Du cercle ciliaire. Par quel mécanisme et par quelle fonction physiologique, se répare la perte du corps vitré, après les blessures et les déchirures de la partie antérieure du globe oculaire, si ce n'est par le cercle ciliaire.

F

b

d

te

la

li

le

п

le di le

P

VI

01

é

re

tr

CO

na

Ve

La fonction nutritive physiologique, aussi bien que la physiologie pathologique de cet organe, résident en entier dans le cercle ciliaire de l'œil; on comprend dès lors, quelle importance acquièrent les moindres altérations de cette région.

La syphilis, comme je vous l'ai déjà démontré dans une précédente communication, se localise très souvent dans cette partie de la membrane vasculaire de l'œil, et il en résulte des troubles de transparence sur toutes les membranes qui y puisent leur sécrétion et leur nutrition.

C'est dans les parois des vaisseaux du cercle ciliaire que se localise au début l'altération syphilitique. Sous l'influence de ces altérations, j'ai vu se produire des ruptures artérielles donnant lieu à des hémorrhagies de l'ora serrata très caractéristiques de la syphilis, et sur lesquelles je vais attirer aujourd'hui votre attention.

Les cyclites hémorrhagiques syphilitiques ne sont pas faciles à diagnostiquer; on ne les reconnaît qu'en examinant la partie, d'autant plus que les troubles visuels qu'elles occasionnent ne se produisent pas d'une manière brusque et instantanée comme tous ceux qui apparaissent dans d'autres hémorrhagies intra-oculaires. Le malade voit apparaître un brouillard fin, les objets deviennent nuageux, de temps en temps apparaissent des éclairs, puis à un moment donné, la vue se trouble davantage. Si on examine alors le fond de l'œil, on n'aperçoit au premier abord, que les signes des choroïdites syphilitiques plus ou moins accentués. La papille présente un aspect louche, nuageux, le corps vitré est rempli de petits flocons fins, filiformes, presque microscopiques, que l'on ne découvre qu'en examinant le fond de l'œil de tout près, et à travers un verre oculaire de 8 ou 10 dioptries, placé derrière le miroir ophtalmoscopique. Ce sont du reste les signes ordinaires de toutes les choroïdites syphilitiques, accompagnés ou précédés des phénomènes de la syphilis tertiaire, car c'est à cette période de la syphilis avec des accidents cérébraux que j'ai vu les hémorrhagies de l'ora serrata.

Ici l'aspect de la maladie change notablement, par-ci, par-là, on découvre quelques gros flocons, qui sont constitués par du sang épanché et se trouvent confinés de préférence dans le segment antérieur de la cavité oculaire.

Examinez alors attentivement toute la région du cercle ciliaire, et plus particulièrement sa portion supéro-externe, en vous servant de préférence de ma lentille sphéro-prismatique de 16 dioptries, explorez soigneusement l'aspect ophtalmoscopique des membranes qui se trouvent presque complètement cachées par l'iris, et la grande circonférence du cristallin. Vous y verrez alors des hémorrhagies en nappes, des bandes rouges, situées transversalement, longeant souvent sur une certaine étendue, le bord de la région ciliaire, comme vous avez pu en juger par les figures que je vous ai présentées, et

qui représentent le fond de l'œil d'une malade que j'ai soignée en 1890 et que j'ai guérie. Voici son histoire :

Madame T..., àgée de 47 ans, vint me consulter le 10 novembre 1890. J'ai constaté qu'elle était atteinte d'une hémorrhagie partielle de la choroïde droite, vers l'ora serrata. Anciennes synéchies postérieures; taches blanchâtres, capsulaires aux deux yeux, et quelques phénomènes cérébraux. Elle déclare avoir eu la syphilis en 1885 avec éruptions sur tout le corps; angines, aphtes dans la bouche. J'ai soumis la malade aux frictions mercurielles, mais elle ne les a suivies que deux semaines, puis elle suspend tout traitement. Le 28 avril 1891, la malade déclare qu'elle ne voit pas mieux. Je constate que l'œil gauche est resté bon. mais un exsudat blanchâtre diffus, longe la branche externe près l'artère centrale et une hémorrhagie le long de la branche inféro-externe, se dirigeant vers la macula; la malade peut distinguer avec n° + 4 Dioptries, le n° 8 de l'échelle.

Je lui prescris de nouveau les frictions mercurielles qu'elle s'engage à faire exactement. En effet, après avoir suivi ce traitement pendant un an, je constate le 21 janvier 1892, une grande amélioration. Quelques taches le long de l'artère inféro-externe persistent encore, mais les hémorrhagies de l'ora serrata ont disparu au 3/4, à peine si on en retrouve, par-ci, par-là. La macule est dégagée. La malade peut lire le n° 2 de l'échelle. La papille est tout à fait saine et le corps vitré est redevenu presque complètement transparent.

Chez la malade, dont vous avez entendu l'histoire, l'œil était déjà atteint d'une iritiset d'une choroïdite syphilitique depuis longtemps, et on ne peut pas préciser l'époque à laquelle ont surgi des hémorrhagies. Ces dernières ont atteint même par voisinage la région maculaire, ce qui avait troublé la vue à tel point qu'elle ne pouvait rien voir en face, mais il arrive plus souvent que les hémorrhagies se trouvent limitées à l'ora serrata exclusivement.

En présence de pareilles altérations de la choroïde, nous devons nous poser les questions suivantes : Quelle est la pathogénie et le mécanisme de ces lésions ? Quelle est leur fréquence ? Quelle est leur gravité ? Quel traitement doit-être employé de préférence ?

La lésion, comme j'ai déjà eu l'occasion de le signaler plus haut, se trouve au début localisée dans les vaisseaux du cercle ciliaire. C'est là en effet qu'on voit apparaître, au début du mal, des infiltrations périvasculaires; quelquefois même on peut distinguer des périartérites rétiniennes dans certaines de ces branches. Les constitutions goutteuses y prédisposent; ces altérations ne se rencontrent que dans des cas relativement rares. Je ne l'ai observé juqu'à présent que 5 fois.

Le dernier point sur lequel je veux attirer votre attention, c'est le degré de gravité que cela présente, au point de vue des conséquences pour la vision, de même que relativement au traitement.

Au premier abord, il semblerait que cette complication d'hémor-

g

n

rhagies dans des choroïdites syphilitiques doit constituer une très grande gravité. Or, d'après ce que j'ai pu voir jusqu'à présent, ces altérations cèdent assez facilement au traitement par des frictions mercurielles méthodiques, comme je l'emploie constamment dans toutes les choroïdites syphilitiques. J'y joins bien entendu le traitement local d'instillations du collyre d'ésérine et de pilocarpine.

Dans ces derniers temps, j'ai pu constater aussi une action très favorable pour la résolution des hémorrhagies du cercle ciliaire, du

collyre de caféine.

Mais le traitement local ne doit occuper qu'une place secondaire. Je n'attribue la guérison aussi bien des hémorrhagies de la choroïde que des choroïdites syphilitiques elles-mêmes, qu'au traitement par les frictions mercurielles, à condition qu'elles soient prolongées pendant deux années consécutives, et sans interruption.

## Variété singulière d'alopécie congénitale; alopécie suturale.

Par M. AUBRY, de Toulouse.

Il s'agit d'un garçon de 16 ans, robuste, grand, et très intelligent. Il est aveugle par suite d'une cataracte congénitale double dont l'une a été opérée sans grand succès. Il n'y a aucun antécédent dans sa famille, ni du côté de ses ascendants, ni du côté des frères et sœurs. La face présente une déformation considérable en raison d'un arrêt de développement de l'arc du maxillaire inférieur dont la partie moyenne est antérieure et très rétrécie. Les dents sont belles et nor-

males de forme, mais implantées très irrégulièrement.

Le malade dit qu'à la naissance ou après la naissance sa tête était grosse. Actuellement, son volume n'est pas sensiblement anormal, mais son crâne est bosselé; il présente d'abord 2 saillies frontales, et une saillie occipitale. Enfin sur la ligne médiane il existe également une crête. Ces saillies sont limitées par de larges dépressions peu profondes qui correspondent évidemment aux sutures crâniennes et qui sont très biens dessinées sur les photographies par les surfaces d'alopécies; à aucune époque, ces dépressions n'ont été couvertes de cheveux. A leur niveau, la peau est mince, blanche, tendue et fixée sur les os, comme scléreuse; elle est couverte de quelques fins cheveux décolorés, qui commencent à pousser depuis quelque temps, mais très lentement et pauvrement. Le reste du cuir chevelu est couvert de cheveux noirs, gros, solides. Les cheveux clairsemés sur les plaques alopéciques y sont très solidement plantés.

Nous n'avons pu examiner les bulbes au microscope, le malade 'étant énergiquement refusé à nous en laisser prendre. Je n'ai donc

pas pu songer à la biopsie.

On note en arrière de chaque oreille une petite plaque où les cheveux sont très raréfiés. L'examen des photographies fera bien voir la



distribution de l'alopécie qui isole un îlot sur chaque bosse frontale, et qui lie une vaste clairière du niveau de l'angle pariéto-occipital; l'alopécie dessine assez bien encore les sutures occipito-pariétales. Il ne paraît pas qu'elle ait été en rapport avec les fontanelles. Au contraire, les cheveux se prolongent en avant sur la crête médiane, et aussi un peu en arrière, quoique à un moindre degré.

Je crois qu'on peut admettre que le malade a dû présenter un certain degré d'hydrocéphalie actuellement guérie; la peau a été élargie au niveau des sutures; et grâce à l'état de sécheresse et de sclérose qu'elle présente encore très nettement, les poils se sont trouvés dans de très mauvaises conditions locales de développement, et les bulbes manquent ou se sont atrophiés.

Au cours de la séance ont été élus membres titulaires de la Société: MM. JUST LUCAS-CHAMPIONNIÈRE, et RICHELOT, de Paris, VALERY MEUNIER, de Pau.

Ont été délégués au Congrès de la tuberculose : M. Henri Feulard; au Congrès international de médecine, à Rome : MM. Hallopeau, Jullien. Perrin.

La séance est levée.

Le secrétaire, Henri Feulard.

## REVUE DES SOCIÉTÉS SAVANTES

## SOCIÉTÉ VIENNOISE DE DERMATOLOGIE (1)

Séance du 9 novembre 1892.

PRÉSIDENCE DU PROFESSEUR KAPOSI

## Impétigo contagieux.

M. Marcer présente une jeune fille, dont l'affection lui paraît être un impétigo contagieux. Cette fille et ses deux sœurs, atteintes de la même maladie, auraient apporté celle-ci de la campagne. Le père n'avait auparavant rien remarqué de semblable sur ces enfants. Il s'agit d'une éruption circulaire de la dimension d'une pièce de 5 francs en argent sur le cuir chevelu, la surface malade est recouverte de croûtes entremêlées de cheveux. L'enfant porte une plaque analogue sur la nuque, mais ici l'inflammation est superficielle.

Toutes les efflorescences auraient débuté ainsi.

Comme les trois enfants ont été atteintes successivement, il est probable qu'il s'agit d'un impétigo contagieux, bien que l'auteur n'ai pas encore observé cette forme serpigineuse prendre l'extension qu'elle présente ici sur le siège et la région hypogastrique. Sous l'influence d'un emplâtre salicylé les croûtes se sont détachées superficiellement et l'ensemble s'est desséché, mais l'infiltration existe encore.

M. Neumann confirme le diagnostic de Mracek et ajoute que justement cette année il a vu de nombreux cas d'impétigo contagieux. Sur la peau de la face cette forme est très rare.

M. Kaposi est du même avis en ce qui concerne le diagnostic, la grandeur des cercles est ici intéressante. La présence de cercles aussi étendus, disposés concentriquement, avec des bulles, a fait croire à quelques collègues à un herpès tonsurant. Dans ce cas, des altérations plus profondes ont dû résulter du grattage, il y aura peut-être une cicatrice. C'est là un fait accidentel.

## Psoriasis vulgaire.

M. Kaposi présente un malade atteint d'une variété extrêmement rare de psoriasis vulgaire.

Tout ce que l'orateur sait de ce cas, c'est que ce malade a été traité à plusieurs reprises pour son affection qui a été interprétée de façons diverses. Dans une ville universitaire allemande, un spécialiste très distingué lui a dit qu'il avait une ophtalmie (on aperçoit encore des traces d'une affection des paupières), qu'il courait le danger de perdre l'œil et

(1) D'après les Archiv. f. Dermatologie u. Syphilis, 1893.

ANN. DE DERMAT. - 3º sie T. IV.

qu'il devait se soumettre à une cure de frictions dans une station balnéaire. On avait pris cette affection pour de la syphilis. Le médecin dit, il est vrai, en même temps au malade qu'il ne savait pas au juste ce qu'il avait. Un autre médecin ne put établir non plus le diagnostic. La cure de frictions fut commencée, mais il survint bientôt de la salivation, de l'affaiblissement et des nausées, et le malade se refusa à continuer le traitement. Cet individu n'aurait jamais été malade auparavant; l'année dernière un cheval l'avait blessé à la jambe, il fut traité par l'iodoforme; ensuite il avait eu un eczéma squameux de longue durée, limité à la jambe et s'était rétabli.

En mai dernier, il survint une éruption sur le dos, pour laquelle il ne fit aucun traitement; il est venu à Vienne il y a 8 ou 15 jours. L'orateur l'a vu il y a trois jours. Pour donner une idée de l'aspect qu'il présentait à ce moment, il se borne à dire : qu'il eut l'impression d'une lèpre tubéreuse. Face œdématiée, lèvres et nez tuméfiés, front ridé par suite de la présence sur la tête presque chauve d'une grande quantité de nodules du volume d'une petite noix ; beaucoup de ces nodules étaient recouverts de croûtes épaisses, entre eux il y avait des croûtes plus petites, rouges, plus ou moins épaisses. Sur le corps, au contraire, comme on le voit encore aujourd'hui, le symptôme le plus frappant était un nombre considérable de saillies en forme de bouton sur les membres et en particulier l'avantbras, le dos de la main, la jambe, la plante du pied; ces saillies nettement limitées s'élevaient de 2 à 3 millim. au-dessus du niveau de la peau, leur diamètre variait de celui d'une pièce de vingt centimes à celui d'une pièce de 5 francs en argent et au delà; elles étaient en grande partie recouvertes par des croûtes onctueuses, imbriquées, analogues à celles du rupia; là où elles étaient arrachées, on voyait le corps papillaire légèrement saignant, malformé. Au pourtour immédiat de ces tumeurs la peau était complètement normale. La paume des mains et la plante des pieds étaient le siège soit de tumeurs verruqueuses recouvertes de croûtes analogues aux précédentes ou d'excroissances verruqueuses, soit de lésions plus profondes semblables à des abcès, pustules, etc. Entre ces nodules moins nombreux sur le tronc, analogues à des champignons, de consistance assez ferme, non douloureux, le malade présente un nombre extraordinaire de taches de la dimension d'une lentille et plus grandes, rouge vif, pâlissant sous la pression du doigt et recouvertes de croûtelles minces et de squamules. L'orateur n'a pas douté un seul instant d'avoir affaire à un psoriasis vulgaire, devenu dès le début verruqueux, comme on ne l'observe d'ordinaire que sur les jambes et à la plante des pieds. En effet les petites taches ont tout à fait le caractère du psoriasis ordinaire, de cette forme qui n'est pas très rare, où les squames sont un peu plus épaisses, l'exsudat séreux étant un peu plus abondant et les individus présentant un plus grand nombre de taches jaunes. On voit en outre sur l'abdomen et les jambes que les efflorescences correspondent en général aux follicules, comme si l'on avait employé de l'acide pyrogallique ou du goudron et qu'il se fût développé des folliculites sur une base psoriasique. L'orateur croit qu'on n'a encore jamais vu un cas de ce genre. L'œdème de la face a beaucoup diminué, les croûtes ont à peu près disparu, sauf celles du

tr

lé

di

p!

Si

le

C

tronc. Les plaques sont déjà beaucoup moins saillantes et les parties papillaires mamelonnées ne sont plus aussi caractéristiques.

l'aspect est intéressant sur le pénis et sur le scrotum où il y avait des lésions analogues à des condylomes larges. L'ancienne cicatrice de la jambe a l'aspect d'un mycosis fongoïde. L'épaule est le siège de grandes plaques déprimées au centre et présentant l'aspect de l'atrophie cicatri-

cielle dans la syphilis. Dégénérescence des ongles.

M. Neumann ne trouve pas le diagnostic aussi facile. Ce sont les parties de la face postérieure de la jambe qui déterminent en général le diagnostic psoriasis. Qu'un psoriasis soit proéminent, présente des croûtes au lieu de squames et que celles-ci suppurent, c'est là un fait unique. Il n'a vu que deux cas pouvant se comparer à celui-ci, la marche ultérieure montrera si les efflorescences apparaissent comme telles, si elles suppurent au centre, si elles forment des croûtes ou si elles sont simplement artificielles, produites par la chrysarobine ou l'onguent gris. Il admet complètement le diagnostic psoriasis.

M. Lang a vu un cas analogue. Mais il n'y avait que quelques efflorescences, dont plusieurs avaient la dimension d'une pièce de monnaie. Après avoir hésité longtemps, il porta le diagnostic de psoriasis vulgaire. Dans un fragment excisé il y avait des grains de chlorophylle qui au début l'avaient dérouté; on reconnut plus tard que la malade avait confectionné des emplâtres végétaux et que les grains de chlorophylle provenaient

de là.

Il ne saurait émettre aucune hypothèse en ce qui concerne la marche ultérieure de ces formes extraordinaires de psoriasis, on doit s'attendre

en tout cas à une évolution également exceptionnelle.

M. Marcek parle du cas observé par Neumann, dont le diagnostic était alors impossible, puisque il était unique. D'après la marche ultérieure il a diagnostiqué un psoriasis et le diagnostic a été confirmé par Neumann. Les efflorescences s'étaient transformées en dépôts croûteux d'une épaisseur considérable, ayant l'aspect du rupia. Il y a dans le cas actuel quelques efflorescences de ce genre sur le dos. Les proliférations granuleuses épaisses au voisinage de l'articulation tibio-tarsienne gauche présentent aussi de l'intérêt. En ne considérant que cette efflorescence de la grosseur d'une noisette, on pourrait la prendre pour un amas d'une masse de granulations, tel qu'il peut s'en former sur toute plaie mal traitée ou négligée. Mais un fait unique ce sont au contraire les saillies qui n'ont pas abouti à la désagrégation, telles que celles du front et des orteils, elles sont il est vrai proéminentes comme des verrues, mais recouvertes seulement de lamelles squameuses sèches.

M. Eurmann croit qu'on se trouve ici en présence d'une exagération poussée à l'extrême de ces cas que l'on observe notamment chez les individus négligés et mal nourris. Voici un cas analogue, dont le diagnostic

fut aussi pendant longtemps impossible.

Il s'agissait d'un garçon de 15 ans. Lorsqu'il vit le malade, l'aspect de la surface d'extension de la jambe lui fit admettre un psoriasis. Il prescrivit des bains de sublimé à très faible dose et dans l'intervalle des frictions avec de la graisse. Il survint alors du psoriasis punctata et gyrata. Il fait remarquer en outre que le relâchement de l'épiderme favorise la pénétration d'autres germes morbides, de telle sorte qu'une suppuration s'ajoute au psoriasis et cela d'autant plus facilement que le sujet est moins résistant.

Au dernier congrès de Leipzig on a pu voir un psoriasis de ce genre, mais il existait en même temps un eczéma irisiforme dans le pli inguinal. La plupart des assistants regardèrent l'affection comme un mycosis fongoïde au début.

M. Hebra a observé un cas analogue il y a quelques années. Trois cas de ce genre ont été décrits, deux ou trois en Amérique et un par lui. Ce dernier fut observé du temps de son père. Il avait un psoriasis très rebelle. Lorsqu'il revit le malade au bout de quelque temps, il fut tout étonné du changement d'aspect. Il est à remarquer que toutes ces formes de psoriasis se sont transformées plus tard en épithéliomes, ce qui se produira certainement chez le malade actuel.

M. Neumann. Les recherches ont aussi porté sur un autre point, sur le suintement et les proliférations papillaires. Au moment où, dans un psoriasis généralisé, la peau suinte et le corps papillaire apparait, il n'y a plus en général formation excessive d'épiderme, mais seulement une couche très mince qui sert d'appui au corps papillaire, ce sont ces cas dans lesquels les malades meurent de pneumonie. Le suintenant est un des caractères de la maladie. Quant à la prolifération du corps papillaire autour de l'articulation du genou et de l'articulation tibio-tarsienne on ne peut songer à une mycose; les papilles s'y montrent quelquefois comme les poils d'une brosse, de nouvelles couches d'épiderme se forment pardessus. Mais ce sont les conditions anatomiques qui déterminent une prolifération de ce genre.

M. Kaposi. Le diagnostic psoriasis n'a présenté pour lui aucune difficulté, car il l'a déduit de la gradation des symptômes. Il a songé aussi immédiatement aux cas dont vient de parler Hebra, mais il n'a pas eu l'occasion d'y faire allusion. Quand un individu a pendant des années un psoriasis des jambes, la peau devient réellement éléphantiasique par suite des varicosités. Au milieu de la grande divergence d'opinions relativement à l'élément primitif et à l'élément consécutif du psoriasis, l'orateur a toujours soutenu que le processus inflammatoire est le phénomène primitif, l'hyperplasie épidermique la conséquence. On voit souvent le même psoriasique présenter parfois le même psoriasis rupiforme avec des caractères aigus, attendu qu'aux squames il s'ajoute une grande quantité de sérosité. Il n'est même pas rare de rencontrer sur le dos d'un psoriasis ordinaire des plaques rupiformes. Les papilles peuvent ici être soulevées par une infiltration séreuse ou de l'hyperplasie; elles sont déjà beaucoup moins saillantes au bout de deux jours. L'orateur regarde en conséquence la production de ces tissus papillaires comme le résultat de la progression du processus inflammatoire dans la couche papillaire et le réseau de Malpighi, progression qui s'observe aussi à un degré moindre en quelques points dans le psoriasis ordinaire (en particulier dans les cas chroniques).

Tout en admettant la production de croûtes jaunes et sales chez les

il

C

b

d

tı

F

le

d

individus cachectiques, Kaposi ne peut les attribuer dans ce cas à une cause de ce genre. Ce malade n'est nullement cachectique, il est d'une bonne santé. Il ne s'agit que d'un effet de l'intensité du processus local, due peut-être au traitement médicamenteux, et non de celui de facteurs externes provoquant la suppuration, il ne peut donc pas parler de destruction purulente du tissu. Le développement d'épithéliomes prévu par Hebra est naturellement possible du moment qu'il se développe des papilomes. Mais les cas observés sont trop peu nombreux. Du reste l'état du malade s'est déjà amélioré depuis deux jours. Il ne saurait être question d'un traitement anti-psoriasique local. L'orateur a prescrit de l'arsenic et il présentera de nouveau ce malade à la Société.

#### Lichen des scrofuleux.

M. ERRMANN présente un malade ayant sur le tronc et les membres des efflorescences disposées en groupes, dont la grosseur varie de celle d'un grain de mil à celle d'une graine de chènevis, squameuses, situées autour des follicules pileux. Il s'agit à son avis d'un lichen des scrofuleux. Un certain nombre de ces groupes ont été guéris par le traitement interne et externe avec l'huile de foie de morue, encore il y a des traces de l'éruption; en d'autres points, dans les régions où siègeaient les groupes les plus anciens, il y a une pigmentation brun de rouille, à travers laquelle on aperçoit les capillaires dilatés des papilles. Ce malade a sur les deux jambes des pigmentations couleur de rouille avec ectasies vasculaires analogues existant depuis 8 ans.

L'orateur attribue cet état à une stase chronique et à l'altération des vaisseaux. Il donnera plus tard le résultat de l'examen microscopique.

#### Ulcérations traitées par les injections de thiosinamine.

M. Schiff présente un enfant qui a sur la moitié droite du cou trois larges ulcérations, avec décollement des bords et dépôt lardacé caséeux purulent. Il a pensé que le traitement d'Hebra par les injections de thiosinamine était indiqué pour ce cas. Après cinq injections le décollement avait disparu, le fond de l'ulcère s'était détergé.

## Ulcère serpigineux du pénis.

M. Neumann présente un jeune homme atteint d'un ulcère serpigineux du pénis. A son entrée dans la clinique, l'ulcère avait la dimension d'une lentille, actuellement il occupe toute la face inférieure du prépuce. Ces ulcères serpigineux sont plus rares qu'autrefois.

L'an dernier un cas analogue s'est présenté à la clinique, l'ulcération s'étendait de l'épine iliaque antéro-supérieure au scrotum. Dans ce cas aussi la plaie s'élargit malgré les cautérisations au nitrate d'argent, etc.

Ce malade a en outre une affection cardiaque. L'ulcère est très douloureux, depuis 8 jours il a une légère tendance à s'améliorer.

M. GRÜNFELD remarque que les ulcères serpigineux étaient plus fréquents autrefois qu'aujourd'hui. Plus on cautérisait (surtout le bord, éventuelle-

ment aussi sa surface), plus l'ulcère continuait à s'étendre. Aussi dans les dernières années, l'orateur n'a-t-il plus employé que des remèdes adoucissants qui lui ont donné de bons résultats, notamment dans un cas où les ulcères s'étendaient en arrière jusque sur les fesses. L'orateur a vu un cas analogue à celui-ci à la suite d'une circoncision. La peau du pénis fut entièrement détruite, on fit des greffes d'après le procédé de Reverdin et la cicatrisation fut très rapide.

Dans le cas actuel, il se serait borné à des pansements très rares, à tenir l'ulcère propre et à employer des greffes.

M. Cehak. Malgré le traitement antiseptique l'ulcère s'étendit. On cautérisa le bord avec le Paquelin, ce qui fit disparaître l'infiltration.

Au bout de 5 à 6 jours nouvelle infiltration du bord et extension de l'ulcère. Après la dernière cautérisation il est resté stationnaire pendant environ dix jours, le fond est recouvert de granulations volumineuses qui saignent au moindre contact. Dans ces derniers temps quatre cas de ce genre se sont présentés à la clinique. Dans l'un il survint ensuite un ulcère tuberculeux du pénis (ce malade est mort plus tard de tuberculose), Dans un autre cas l'ulcère s'étendit jusque dans la région pubienne, la guérison a été très longue. Dans le cas actuel l'ulcère s'est arrêté après la cautérisation.

M. Koch regarde ces ulcères comme provenant d'une infection spécifique. Il a guéri un cas de ce genre avec la curette et un pansement antiseptique.

M. Ehrmann admet chez ce malade une infection mixte. Il cite un cas où l'ulcère s'étendit profondément dans l'urèthre le long du tissu conjonctif du frein, puis sur tout le gland. La cautérisation avec le Paquelin ne donna qu'un résultat partiel.

Au bout de quelque temps le malade eut un exanthème pustuleux. Dans certains cas il n'y a pas de manifestations consécutives. Il se pourrait donc qu'un deuxième virus s'ajoute au virus d'un ulcère mou ou d'un ulcère syphilitique et en modifie le caractère.

M. Neumann n'emploie le Paquelin que dans les cas où tous les autres remèdes sont inutiles. L'expérience montre que l'inoculation du pus d'un de ces ulcères à un sujet sain donne naissance à des ulcères mous identiques. Comme ici il y a déjà de belles granulations, il fera les greffes indiquées par Grünfeld, mais il doit faire remarquer qu'à l'encontre de ce dernier il a toujours échoué avec la médecine conservatrice.

M. Paschkis cite des cas où il n'a réussi que par une cure de frictions, bien qu'il n'y eut aucune raison de songer à la syphilis constitutionnelle; d'autres cas ont guéri par l'intervention accidentelle d'un érysipèle; les greffes hâtent la guérison.

M. Neumann confirme le succès de la cure de frictions dans certains de ces cas, il fait toutefois observer que tout ce qui est serpigineux n'est pas de nature syphilitique, il existe des formes mixtes avec tuberculose.

M. Kaposi a vu un grand nombre de cas de ce genre, mais il pense que ces ulcères serpigineux ne sont pas toujours de même nature. Certains ulcères guérissent seulement après 3 ou 4 ans de durée à la suite de la destruction médicamenteuse du bord, d'autres quand on les a laissés en repos. Il y a

en

co

sy

ul

80

in

ac

D

de

d

n

d

ta

environ 2 ans 1/2, il a vu un malade chez lequel un ulcère serpigineux colossal avait succédé à un chancre mou et où il ne pouvait être question de syphilis constitutionnelle; la guérison fut obtenue par l'emplâtre gris et la tisane de Zittmann. Il s'est même développé des carcinomes sur des ulcères de ce genre. Dans le cas actuel, la greffe est indiquée; on pourrait songer au bain prolongé (bain continu), lequel ne serait peut-être pas sans inconvénient dans le cas actuel en raison de la lésion cardiaque.

## Syphilis.

M. Neumann présente un homme atteint de syphilis depuis deux ans. En août 1890, affection primaire, exanthème maculeux; en mars 1891, exanthème papuleux, lichen syphilitique; 10 frictions, 12 bains de sublimé. D'août au milieu de septembre 1892, état analogue à celui actuel; tisane de Zittmann, bains de sublimé, galvanisation; part très amélioré. Depuis 3 semaines l'état s'est aggravé, le malade ne peut pas marcher, ni uriner en jet, selles involontaires; depuis la même époque ulcère gommeux de la langue. Marche surtout ataxique, un peu spasmodique. Rien aux membres supérieurs. Contractions fibrillaires des muscles du tronc et des membres inférieurs. Sensibilité intacte. Réflexes rotuliens et plantaires très exagérés. Parésie de la vessie et du sphincter anal. Pas de désion des nerfs cérébraux. Réaction pupillaire sous l'influence de la lumière et convergence. Irritabilité faradique plus prononcée à gauche qu'à droite sur les membres supérieurs, beaucoup plus faible sur les membres supérieurs que sur les membres inférieurs.

### Gomme du triceps.

M. Kaposi montre le cas de gomme du triceps présenté dans la dernière séance; il reste à peine un tiers de la gomme. La perforation a été prévenue et la fluctuation est bien moindre.

Traitement : emplâtre mercuriel et tisane de Zittmann. Le même orateur présente un autre malade ayant des gommes cutanées exulcérées du membre supérieur droit; sur le genou et en dehors de celui-ci, ulcère creux; sur les autres parties des membres et sur le tronc, syphilide papuleuse disposée par groupes, en partie exulcérée.

A. Dovon.

Séance du 30 novembre 1892.

## Présidence du professeur Kaposi

#### Éléphantiasis des Arabes compliqué de mélano-sarcome.

M. Kaposi. — Ce cas concerne un homme de 63 ans. A la suite d'un refroidissement local (passage à gué d'une rivière) la maladie débuta sur la jambe gauche dont le volume a constamment augmenté; le pied gauche est très tuméfié, la jambe a une forme cylindrique; les lésions du tissu cutané et sous-cutané sont moins accusées à la partie supérieure de la jambe. Éléphantiasis verruqueux des orteils; au-dessus de la malléole interne, tumeur molle, élastique, lobée, nettement limitée, recouverte d'une

peau normale. A partir du milieu de la cuisse, la pigmentation brune fait place progressivement à la coloration normale, la tuméfaction va en diminuant et s'arrête assez nettement au pli inguinal. Les ganglions inguinaux sont à peine engorgés. Le membre droit n'aurait été affecté qu'ultérieurement. Au moment de l'entrée du malade à la clinique, le genou droit présentait un aspect un peu différent de celui actuel : la région antérieure et interne est le siège de petites tumeurs, les unes disséminées, les autres groupées en amas, dont la dimension varie depuis celle d'une lentille à celle d'une noisette, les unes rouges, les autres variant du brun noir au noir bleu; sur la face externe du genou, quelques nodules analogues, les uns disséminés, les autres formant par leur confluence des tumeurs volumineuses. En dehors et en dedans de ces foyers, on voit des pertes de substance, ayant presque la dimension de la paume de la main, de caractère ulcéreux, dont le fond est envahi par des granulations rouges ou des plaques gangréneuses typiques en forme de croissant. Sur la face interne de la jambe il y a un nodule du volume d'un haricot; sur la cuisse sont disséminés des nodules de la grosseur d'un pois ou d'un haricot, bleu noir ou rouge vif, très durs, les uns encastrés dans le derme, les autres faisant saillie au-dessus du niveau de la peau.

L'examen microscopique n'a pas encore été fait, mais il s'agit certainement d'un sarcome mélanique.

Ce cas diffère de celui que l'orateur a présenté il y a quelque temps sous le nom de sarcome pigmentaire multiple idiopathique. Dans ce dernier l'infiltration dure, rouge, se montra alors qu'il n'y avait pas encore de nodosités, tandis que des nodosités apparaissaient en d'autres points où on ne les trouve d'ordinaire que tardivement (aux oreilles, aux fesses).

Les tumeurs dans le cas actuel appartiennent bien au type, dans lequel par exemple de nombreuses nodosités se développent le long des vaisseaux lymphatiques à partir d'une verrue, ou bien, comme dans un cas que l'orateur connaît, il survint immédiatement sur tout le tronc, sans localisation préalable quelconque, des nodosités disséminées, qui se résorbèrent en partie, mais en somme augmentèrent et devinrent très vasculaires; les deux types ont une terminaison fatale. Sur la cuisse gauche il y a également de nombreuses papules disséminées rouge bleu, atteignant jusqu'à la grosseur d'un pois.

Il y aurait à examiner le rapport de l'éléphantiasis de la jambe gauche avec ces tumeurs. Leur grand nombre sur le genou droit reste toutefois énigmatique.

M. Neumann admet aussi le diagnostic de sarcome pigmentaire et d'éléphantiasis des Arabes. Il a eu l'occasion de suivre le malade dont a parlé Kaposi. Lorsque l'orateur le vit, il avait sur tout le corps des nodosités dures, noires, de la dimension d'une lentille à celle d'une noisette. Le malade paraissait bien portant, il ne se plaignait que de quelques douleurs rhumatismales. Il se développa toujours de nouvelles efflorescences, en même temps le foie augmenta de volume et il survint une hydropisie générale. Scarification de la peau, une fois ponction de la cavité abdominale. Mort. En résumé, marche aiguë d'une sarcomatose cutanée généralisée ayant duré seulement 5 mois. Proportion d'hémoglobine 75,2 0/0; globules rouges 4,830,000; globules blancs 19,700.

5

## Pityriasis rubra pilaire de Devergie.

M. Hebra présente une jeune fille atteinte de cette affection depuis 5 semaines. Petites saillies épidermiques nombreuses, dont la quantité va en diminuant de la face en bas. Depuis deux jours leur nombre a considérablement augmenté. L'aspect de l'éruption est analogue à celui d'un psoriasis, mais dans cette dernière dermatose les efflorescences ne sont pas aussi nombreuses. Sur la nuque, aspect typique du pityriasis rubra pilaire. La peau de la face et de la paume des mains est recouverte d'un grand nombre de petites squames, qui proviennent évidemment d'efflorescences antérieures; callosités dures sur la paume des deux mains. Cette jeune fille, dont les occupations ont toujours été les mêmes, dit qu'elle avait les mains tout à fait lisses et intactes il y a 5 semaines. Les efflorescences sont plus rares sur la face d'extension, par suite de la plus grande rareté des poils.

## Pityriasis pilaire.

M. Neumans montre un homme qu'il a déjà présenté à la Société il y a trois ans pour la même affection. On n'a pu établir le diagnostic que d'après la marche de la maladie; elle n'est pas la même pour le lichen ruber et le pityriasis pilaire. La peau est molle, mince et élastique, non pigmentée et dure comme après le lichen ruber; légère desquamation, les callosités de la paume des mains et de la plante des pieds ont disparu, les taches blanches, dépourvues de pigment ont repris leur teinte normale. Dans le cas d'Hebra, l'orateur aurait préféré déduire le diagnostic de la marche ultérieure, voir par exemple s'il ne se serait pas formé des papules sur les phalanges.

M. Hebra fait remarquer que chez le malade de Neumann l'affection a commencé par une rougeur généralisée de telle sorte qu'on songea d'abord à un exanthème médicamenteux. Chez cette jeune fille il se produisit au début une rougeur si intense que le médecin ordinaire pensa à une scarlatine. L'orateur n'a absolument rien trouvé qui indiquât un exanthème médicamenteux. La rougeur était en réalité le début de l'affection. La coïncidence

dans les deux cas est néanmoins intéressante.

#### Sclérème pigmentaire.

M. Hebra présente un homme atteint d'une sorte de sclérème avec dépôt pigmentaire prononcé. Sur la partie gauche du front, efflorescences brunes, saillantes, nettement limitées, datant d'un an. Rien d'anormal sur le reste du corps.

M. Ehrmann signale un cas analogue dont les efflorescences sont disposées assez symétriquement sur les parties génitales et les cuisses. Ce malade avait un tic douloureux (à gauche). On pourrait songer peut-être ici à une relation entre les deux affections.

M. Kaposi serait tenté de comparer ces symptômes à une mélanose progressive avec taches pigmentaires tout à fait planes, qui ne se modifient pas d'une manière apparente jusqu'à la vingtième année et ne deviennent que plus tard plus foncées et progressives. Il cite un cas où une tache

brune d'abord devint ensuite tout à fait noire; bien qu'elle ait été enlevée par le grattage, elle s'étend toujours et occupe actuellement toute la région temporale. Souvent ces taches mélaniques s'agrandissent chez les individus plus âgés; toutes les pigmentations congénitales, verrues, nævus pilaire, pigmentaire se modifient pendant la vie, s'agrandissent et deviennent plus foncés. Le malade a d'ailleurs de petites taches pigmentaires en d'autres points, ainsi que d'autres petites verrues. Il y a par exemple sur la joue droite un nævus pigmentaire mollusciforme. Ceux-ci peuvent aussi se transformer en sarcomes mélaniques, etc.

M. Hebra ne saurait admettre ce mode de production en raison de la coloration diffuse, plutôt uniforme de la face et en particulier des paupières inférieures. Il n'y a que quelques taches qui soient nettement limitées, de consistance pâteuse et un peu proéminentes. A la lumière du jour on voit un reflet rouge des parties brunes, comme s'il s'agissait d'une syphilide ancienne. L'affection datant seulement d'un an ne doit pas se rattacher à d'ancienne taches pigmentaires. Il s'agirait donc d'une sclérodermie circonscrite avec dépot pigmentaire. Le cas cité par Ehrmann vient à l'appui de cette manière de voir ; il y avait sur l'épine iliaque antéro-supérieure une tache primitivement rouge rose, un peu saillante, qui devint de plus en plus foncée et finalement noire ; il existait une tache analogue sur le prépuce et une autre sur le scrotum. L'orateur connaît encore d'autres cas observés antérieurement. Dans le cas actuel la localisation est frappante et l'aspect est gelui du passage du sclérème à la tache pigmentaire.

M. Ehrmann. — Il y aurait à relever dans le cas observé par Hebra la teinte rougeâtre et en même temps la couleur bleuâtre de la pigmentation. Cette coloration bleuâtre indique un amincissement de l'épiderme d'où elle résulte.

M. Neumann. — Le diagnostic ne peut guère être porté avec certitude. L'absence d'une limitation par des taches blanches parle contre un nævus. En outre les nævi sont d'ordinaire pilaires et hémi-latéraux. Mais tous les symptômes excluent également le sclérème. La peau est il est vrai épaisse, mais molle et élastique, infiltrée mais nullement dure. De plus la pigmentation est un peu accidentelle dans la sclérodermie. En général les parties proéminentes sont au contraire blanches, anémiques, non pigmentées.

M. Hebra. — Un sclérème présente diverses couleurs pendant son évolution. Souvent il n'aboutit qu'à une pigmentation, toutefois elle est rarement aussi profonde que dans ce cas.

#### Lèpre.

M. Lang présente un lépreux originaire du Montenegro; il a une forme mixte: lèpre tuberculeuse et lèpre nerveuse. Comme ce malade est encore jeune, les symptômes de la lèpre nerveuse sont moins accusés. Le traitement consiste en injections de thiosinamine. Dans sa jeunesse il a été soumis d'une manière persistante au traitement anti-syphilitique.

#### Psoriasis.

M. Neumann présente un malade atteint de psoriasis; la desquamation a beaucoup diminué à la suite de 10 injections d'une solution de Fowler à 10 p. 100, surtout dans la région injectée. C'est là un fait qui n'est pas ordinaire.

#### Sclérodermie circonscrite.

M. Kaposi présente un jeune garçon affecté de sclérodermie circonscrite strictement hémi-latérale du côté droit de la face, notamment de la tempe, de la mâchoire supérieure et inférieure, de la région cervicale, du sillon naso-labial, des angles interne et externe de l'œil. A la nuque une partie à la période scléreuse, avec éclat semblable à de l'albâtre, offre en quelques points des dépressions, parce qu'ici la sclérodermie entre dans la période cicatricielle.

En quelques points seulement, pigmentation intense du bord. Ainsi qu'il l'a dit ailleurs, l'orateur a observé dans quelques cas que la sclérodermie correspond à la sphère de distribution des nerfs périphériques mais il a toujours affirmé qu'on n'est pas, pour ce motif, autorisé à rapporter la maladie à une névrite ou à la regarder comme une tropho-névrose. Dans le cas actuel il y a concordance avec le district de distribution du trijumeau; dans un autre cas, chez une jeune fille, la localisation était identique à celle d'un zona cervico-brachial droit; dans un troisième elle coıncidait avec le premier rameau du trijumeau, une autre fois avec le troisième rameau et enfin encore avec le sciatique. La sclérodermie serait plutôt en connexion avec le district vasculaire correspondant, lequel, comme l'a montré Pfeifer, concorde pour la plus grande partie avec les sphères nerveuses, d'autant plus que l'affection vasculaire constitue probablement la base anatomique du processus sclérodermique.

#### Ulcère du nez.

M. Kaposi. — Les affections ulcéreuses de cette région sont souvent d'un diagnostic difficile, surtout entre la syphilis et la tuberculose, parce que fréquemment les granulations miliaires ne se rencontrent pas sur le bord et dans le fond et ne se développent que tardivement et en petit nombre. Le malade que présente l'orateur est atteint d'un ulcère qui a détruit une grande partie du nez et de la cloison, il a une marche superficielle serpigineuse Contrairement au cas, présenté l'année dernière, de folliculite nécrobiotique qui s'accompagne immédiatement de nécrose, la marche progressive se fait ici avec des bords finement dentelés, comme on l'observe d'ordinaire dans la tuberculose.

L'orateur a longtemps traité ce malade comme atteint de syphilis sans aucun succès; aujourd'hui il y a une légère amélioration sous l'influence d'un traitement plus indifférent, avec l'iodol et l'acide salicylique. L'ulcère est très douloureux, ce qui est également en faveur de la tuberculose.

#### Tatouages.

M. Paschkis fait une communication sur les tatouages au point de vue thérapeutique dans les régions où le pigment fait défaut ou bien dans celles où la peau présente une pigmentation anormale.

On s'est servi jusqu'à présent d'un grand nombre de couleurs pour pratiquer le tatouage. On peut employer le cinabre, et Schuh s'en est servi pour la cheiloplastie. L'encre de Chine, le bleu de Berlin et l'indigo ne conviennent pas pour obtenir des colorations de peau naturelles. L'orateur a eu recours aux couleurs dont on se sert dans la peinture à l'huile pour produire le ton chair. On ne peut pas utiliser le jaune de Naples parce qu'il est toxique. Le blanc est le plus difficile à obtenir. Après de nombreux essais il a trouvé que le sulfate de baryte, insoluble dans l'eau et non résorbable, convenait le mieux. Mais sa propriété couvrante est relativement faible. La craie lavée doit être absolument rejetée. Paschkis a ensuite essayé l'oxyde de zinc qui donne une teinte blanche très belle. aussi bien l'oxyde chimiquement pur que l'oxyde commercial (blanc de neige), ce dernier renferme un peu de carbonate de zinc et est beaucoup plus blanc. L'oxyde de zinc a toujours déterminé une dermite sur les parties tatouées, dermite de 8 à 15 jours de durée ; après la chute des croûtes la peau était toujours rouge mais on n'apercevait pas de tatouage. Exécuté avec le blanc de baryte, le tatouage tient. Les couleurs dites minérales, le jaune, le brun et le rouge d'ocre suffisent parfaitement ; pour accentuer leur effet on peut se servir, tantôt de vermillon, tantôt de bleu d'outremer. Le procédé de tatouage est très simple, un certain nombre d'aiguilles à coudre sont coupées et fixées dans un manche, on les imprègne ensuite d'un mélange de blanc et d'une faible proportion d'une autre couleur. Le blanc atténue la couleur et lui sert de véhicule.

L'orateur a fait ensuite des essais sur les personnes affectées d'anomalies pigmentaires et en particulier de nævi télangiectastiques. Toutefois il n'a réussi, et encore pas complètement, qu'avec beaucoup de temps et de peine. Mais on obtient un très bon résultat en combinant l'électrolyse et le tatouage. Après la destruction de ces nævi par l'électrolyse, il reste souvent une tache brune qu'il faut traiter par le tatouage. Par contre on réussit très bien à tatouer les nævi bruns et les cicatrices incolores, par exemple les cicatrices de la vaccine et à les rendre très semblables à la peau.

L'orateur a fait ensuite des recherches sur diverses graisses et pommades au point de vue des pommades dites rafraîchissantes. Il a constaté qu'il n'y avait ni élévation de température à la suite de l'application des graisses anhydres, ni abaissement après celle de pommades contenant une forte proportion d'eau. Il semble que la sensation d'un changement de température soit transmise par les nerfs sensitifs de la peau d'une manière non encore expliquée.

Enfin Paschkis présente un vernis qui laisse sur la peau une couche transparente et se dessèche en 2 à 3 minutes. Voici la formule magistrale:

Amidon	27	gr.	Amidon	30	gr.
Savon neutre	5	30	Savon neutre	5	10
Eau distillée	10	30	Eau distillée	18	33
Acéto-tartrate d'alu-			Acéto-tartrate d'aluminium.	2	D
minium	5	30	Soufre (ou huile de bouleau)	5	30
Blanc d'œuf	1	w	Blanc d'œuf	1	D
			A. Doyon.		

## SOCIÉTÉ BERLINOISE DE DERMATOLOGIE

Séance du 2 mai 1893.

Président : M. G. LEWIN. - Secrétaire : M. O. ROSENTHAL.

## Lichen ruber. - Lichen pilaire.

M. Lassar présente deux malades, dont le premier est le même que M. Isaac a montré dans une séance antérieure sous la diagnose de « pityriasis rubra », diagnose que M. L. avait aussi confirmée à cette occasion. On ne voyait alors qu'un œdème général érythémateux, accompagné d'une desquamation universelle et d'un gonflement assez considérable des glandes lymphatiques. M. Lassar a eu depuis l'occasion de revoir le malade dans l'hôpital « Friedrichshein », où il s'est convaincu après un examen plus minutieux qu'il s'agissait d'un lichen ruber. Le traitement usuel, les pilules asiatiques, les bains d'étuve et un onguent à l'acide phénique ont fait disparaître dans ce délai les symptômes les plus remarquables et on ne voit maintenant à la place de la rougeur diffuse qu'une pigmentation brunâtre, signe distinct de l'état régressif de l'affection.

Ce cas semble confirmer l'observation de M. Lassar déjà faite à plusieurs reprises, que le cuir porté sur le corps nu peut donner cause au lichen ruber. Le malade présenté est facteur et on trouve encore maintenent les traces visibles d'une courroie portée autour du cou. Par l'intensité des symptômes, le cas semble former un état de transition intermédiaire au pityriasis rubra. M. Lassar fait à cette occasion la remarque qu'il n'a jamais encore observé l'ensemble de symptômes qui a été décrit comme lichen ruber acuminatus et que tous les cas qu'il a observés jus-

qu'alors appartiennent au type « lichen ruber ».

Le second cas que M. Lassar présente semble aussi avoir une certaine affinité avec le lichen ruber et appartient à la classe décrite à perfection

dans l'édition française du manuel de Kaposi par M. Besnier.

La malade est le prototype d'un lichen pilaire ou d'une kératose pilaire, affection que M. Lassar ne se souvient d'avoir vu qu'une seule fois dans la même intensité. Il s'agissait dans ce cas d'un menuisier, qui se plaignait d'un prurit général très violent et qui sous beaucoup de rapports ressemblait de même à un lichen ruber. La malade présentée montrait en général il y a quinze jours, où M. Lassar l'a vue pour la première fois, un état très prononcé de chair de poule, à quelques places des épaississements cornés, des follicules pilaires et à d'autres de larges plaques rouges semblables à celles du lichen ruber. La figure, dans un état d'eczème sec chronique, était couverte de squames et ressemblait plutôt au pityriasis rubra. La malade se plaignait d'un prurit véhément. Aussi les ongles montraient les mêmes changements que dans le lichen ruber. M. Lassar croit donc que le lichen pilaire a une grande ressemblance avec le lichen ruber, mais appartient à un groupe spécial. Quant au traitement, la malade se sent mieux quand elle est au bain ou qu'elle est enduite d'une graisse.

M. Isaac remarque que lorsqu'il vit son malade pour la première fois, celui-ci montrait un eczème intertrigineux très grave avec des croûtes et

des squames en masse. Après avoir essayé divers traitements M. Isaac a aussi employé les remèdes que M. Lassar a mentionnés singulièrement sans succès. Maintenant il penche aussi vers la diagnose de lichen ruber.

M. O. Rosenthal se prononce pour une séparation distincte des groupes que M. Lassar regarde comme affiliés les uns aux autres. Quant au cas de lichen pilaire, la diagnose est hors doute, mais M. Kaposi en aurait plutôt l'impression d'une ichtyose que d'un lichen ruber. C'est Auspitz qui de son temps a donné par la même raison à un degré si prononcé de lichen pilaire le nom d'ichtyosis folliculaire. Il voulait exprimer par cette dénomination qu'il s'agit d'un processus ichtyosique restreint aux follicules. Quant aux papules caractéristiques du lichen ruber, on leur a reconnu de quelque part une certaine ressemblance à celles du lichen pilaire, mais dans leur totalité elles en diffèrent bien clairement.

Pour ce qui concerne le cas de lichen ruber plan, on pourrait peut-être croire à un certain esprit d'exclusion, si M. R. déclare qu'il n'a pas pris la parole lorsque le malade fut présenté pour la première fois, par la raison qu'il n'était nullement convaince de la diagnose de pityriasis rubra.

D'autant plus il est persuadé aujourd'hui qu'il s'agit d'un lichen plan. M. R. profite de l'occasion pour préciser les opinions valables actuellement dans l'Allemagne au sujet du lichen plan. En peu de mots les premiers cas décrits par Hebra père étaient des cas de lichen ruber acuminatus, auxquels Kaposi a donné ce nom. Celui-ci déclare cette affection aujourd'hui comme identique au pityriasis rubra pilaire (Devergie-Besnier), tandis que Neumann et Hebra fils regardent encore le lichen ruber acuminatus comme une affection spéciale : ci-joint le lichen neuroticus d'Unna. Le lichen ruber plan est identique au lichen plan de Willan et pourrait mieux disparaître en faveur de la dernière dénomination.

M. G. Lewin n'a pas encore observé de lichen ruber acuminatus. Le cas de lichen pilaire lui semble être très prononcé et très caractéristique. Quant à l'opinion de Kaposi que le lichen pilaire est le premier degré de l'ichtyose, avec laquelle il a été confondu quelquefois par suite d'un entassement de masses cornées, elle est peu concevable à M. Lewin.

M. SAALFELD mentionne un cas de lichen ruber acuminatus qu'il a vu dans la clientèle de M. Köbner. L'affection était tout à fait différente de celle du cas présenté. Quand on a vu une telle affection une seule fois, on comprend ceux qui croient à une différence des deux maladies. La peau était rouge, gonflée, fort tendue et couverte de petites papules à sommet acuminé bien différentes de celles du lichen plan.

M. Lassar effleure l'histoire d'un malade à cause de grandes difficultés quant à la diagnose. De longues années il a passé dans les cliniques berlinoises pour un cas de pityriasis rubra, plus tard des collègues viennois étaient portés à le regarder comme un lichen ruber et enfin il a été reconnu pour une ichtyose à base enflammée.

M. Lewis remarque que son prédécesseur, le professeur de Baerensprung a publié le portrait du même malade comme d'un spécimen de pityriasis rubra. u

le

8

aj

ď

pe

ré

do

ca

cli

pla

flé

de

tio

da

ex

## Sycosis capillitii.

M. G. Lewin présente un maître d'école âgé de 32 ans, qui souffre dans un très haut degré d'un sycosis capillitii. M. L. entre dans les détails de l'histoire de cette affection et conclut que le récit de Plinius, d'après lequel un chevalier venant d'Asie avait introduit à Rome la coutume de s'embrasser sur la bouche, après quoi une maladie des lèvres s'est répandue qui a été regardée par les uns pour un sycosis vulgaire, par d'autres pour un sycosis parasitaire, permet un jugement au sujet de l'âge de la syphilis.

Par suite du sycosis, se forment sur le cuir chevelu des cicatrices après l'exfoliation du cheveu, ou des tumeurs en forme de champignons, auxquels Hebra a donné le surnom de framboësiforme. M. L. croit que les rapports anatomiques sont la cause que cette forme maligne se

développe surtout sur la tête et sur la figure.

A la question de M. Saalfeld, de quelle manière il pense diriger le traitement, M. L. répond qu'il a l'intention de toucher les follicules au nitrate

d'argent ou de les détruire par le curettement.

M. Saalfeld recommande la méthode d'Ehrmann qui consiste à faire pénétrer le médicament dans les couches profondes à l'aide du courant constant électrique. M. S. l'a employée dans un cas de dermatomycosis de la barbe et dans deux cas de teigne tondante et il a été content du résultat.

M. Mankiewiz conseille l'emploi d'une émulsion d'acide borique à 100/0, dont il s'est servi avec bon résultat dans le traitement de l'acné.

M. G. Lewin ajoute qu'on n'a pas réussi à trouver de parasite dans le cas présenté. Il ne peut espérer un succès que par un traitement énergique, en déterminant les granulations d'une manière ou d'une autre.

#### Lichen ruber plan universel.

M. OPPENHEIM s'en rapportant au malade de M. Lassar présente de la clinique de M. Rosenthal un cas de lichen planus remarquable par sa grande étendue. Il s'agit d'un tonnelier de 45 ans, qui montrait le début de son affection au commencement de cette année aux deux avant-bras.

Maintenant l'affection a pris presque tout le corps. A côté de nombreuses papules isolées et caractéristiques de forme polygonale, il y a de larges plaques infiltrées et rouges. Le côté extenseur des avant-bras, le côté fléchisseur et extenseur des cuisses, la figure, le côté lumbal au-dessus de fesses et le pénis font voir l'affection le plus clairement.

L'arsenic et l'onguent d'Unna ont déjà amené une légère améliora-

tion.

## Sclérose double de la lèvre inférieure.

M. Oppenhem montre des photographies d'un jeune homme de 21 ans, — le malade lui-même n'est pas présent — qui venait la première fois dans la clinique de M. Rosenthal au commencement d'avril, après avoir exercé le coit 12 jours auparavant.

Il racontait d'avoir été embrassé et sucé à la lèvre inférieure, où il avait

déjà eu auparavant une petite rhagade, à plusieurs reprises par ladite fille.

Déjà quelques jours plus tard deux ulcérations se firent voir à cette place. Elles étaient nettement rondes, situées des deux côtés de la ligne médiane et séparées l'une de l'autre par une zone intacte.

Les glandes des régions sous-maxillaires et mentales étaient gonflées, mais pas encore d'une manière caractéristique. La base était légèrement infiltrée. L'induration augmentait bien vite, l'ulcération gagnait un aspect grisâtre, incolore et lardacé, et les glandes s'enflaient davantage. Par l'emploi du dermatol, les ulcérations se nettoyèrent bien vite, tandis que les autres symptômes augmentaient encore. Le cas est remarquable par la multiplicité de l'affection primaire extragénitale par le bon succès du dermatol dont on se sert maintenant dans la clinique de M. Rosenthal dans les scléroses ulcérées.

M. Palm a vu, il y a peu de temps, un cas pareil qui montrait deux scléroses à la lèvre supérieure avec gonflement des glandes sous-maxillaires.

M. G. Lewin n'a pas fait usage dans les chancres durs du dermatol, vu qu'il était content de l'emploi de l'emplâtre mercuriel, il l'a seulement employé dans les chancres mous sans bon effet. Il cite en outre la malade qu'il a présentée à la Société de médecine interne avec une double affection primaire au mamelon et à la lèvre. Comme la dernière s'était développée plus tard et qu'une nouvelle infection chez un individu syphilitique n'est pas possible, il faut se tenir dans ce cas à l'expérience, qu'une seconde sclérose peut se développer aussi longtemps que la première ulcération, n'est pas encore indurée.

M. Rosenthal croit de son devoir de communiquer encore une fois les résultats déjà publiés l'année passée dans la Berl. klinische Wochenschrift. Il est tellement content, dans toutes les scléroses ulcérées, de l'emploi du dermatol qu'il lui impute presque une valeur diagnostique différentielle. M. R. a vu des cas pareils à celui que M. Oppenheim vient de présenter, qui, malgré l'emploi de l'iodoforme, se sont compliqués de phagédénisme, tandis que l'aspect ulcéré et grisâtre chez le malade présenté, et chez beaucoup d'autres, se changea bien vite sous l'influence du dermatol. Seulement il faut faire attention de couvrir les ulcérations par des couches épaisses du remède. M. R. prie donc M. Lewin de reprendre ses expériences avec le médicament cité, convaincu qu'il sera aussi content du résultat que lui-même.

## Tuberculose de la muqueuse du palais.

M. Keller présente une jeune dame de 29 ans, qui, tombée malade par suite des relations qu'elle avait eue il y a sept ans avec un jeune homme, reçut des injections par un charlatan. Quelques années plus tard elle consulta un autre médecin pour une affection de la bouche et reçut des pilules. M. K. a vu la malade la première fois, il y a quinze jours, et s'est convaincu de prime abord qu'il s'agissait d'une tuberculose de la muqueuse de la bouche. Sous ce point de vue, la malade est gravement chargée par ses rapports héréditaires. Son père, âgé de 67 ans, souffre d'une affection des poumons depuis de longues années, un frère est mort

d'une tuberculose des os, une sœur de celle des poumons. Elle-même dit avoir eu comme enfant une bonne santé et avoir été menstruée la première fois dans l'âge de 13 ans. M. K. n'a pas trouvé de symptômes de syphilis du tout. Au palais osseux tout près de sa frontière on voit un grand cercle d'ulcérations dont rayonnent vers les deux côtés de petits nodules qu'on doit considérer pour des tubercules miliaires. Au côté gauche, il y a une ulcération qui admet peut-être le soupçon d'être syphilitique. Les papilles de la base de la langue ne sont pas atrophiques; l'épiglotte est hypertrophique, le cartilage aryténoïdien est légèrement enflé, le larynx lui-même libre; toutes ces muqueuses anémiques. Dans les crachats on trouve un petit nombre de bacilles. En examinant la malade, on entend au côté droit une respiration bronchiale et un son sonore sur le même côté dans toute son étendue. Elle a été traitée du reste il y a deux ans avec la tuberculine sans avoir eu de réaction. Comme on n'a observé dans la clinique de l'université pour les maladies de la gorge, sur 2000 malades, qu'un seul cas de cette affection, il faut dire, qu'elle est assez rare. Les auteurs prétendent en général, que la tuberculose de la muqueuse de la bouche ne se développe que quand il y a dans les crachats quantité de bacilles : ce qui n'était pas le cas chez la malade présentée. Aussi doit-on convenir avec Michelsohn qu'on ne peut guère parler de la tuberculose primaire de la muqueuse de la bouche, puisqu'on n'est peut-être pas en état de pouvoir trouver par nos moyens encore peu précis, les bacilles qui seraient contenus dans des organes intérieurs. Le cas est encore intéressant parce qu'il a passé pour syphilitique et qu'un traitement antisyphilitique est d'une influence délétère chez un tuberculeux.

M. G. Lewin mentionne que si la tuberculose vient sejoindre à la syphilis, les ulcérations syphilitiques prennent un caractère tuberculeux.

M. Lewin a observé deux de ces cas. Mais il n'est pas facile d'y trouver

des bacilles, comme c'est aussi de même dans le lupus.

Chez des enfants tuberculeux on trouve, outre la tuberculose des intestins, des ulcérations tuberculeuses autour de l'anus; comme chez des adultes, outre celle des poumons, la tuberculose de la muqueuse de la bouche, et il s'agit de savoir si la tuberculose n'a pas pénétré dans le corps par ces portes d'entrée. Maintenant les méthodes sont meilleures pour faire la diagnose. Mais auparavant il a été plus d'une fois dans la situation de traiter de tels malades par le mercure. M. Lewin se réjouit que M. Keller a mentionné l'anémie de la muqueuse, puisqu'il a déjà dirigé l'attention en 1860 sur ce point que dans des cas de tuberculose la muqueuse de la bouche est pâle jusque dans le larynx.

M. Isaac observe que souvent des aphtes produisent des symptômes pareils à ceux de la syphilis ou de la tuberculose. Il se souvient d'une

jeune fille qui avait été traitée sous ce soupçon autre part.

Seulement, après une observation continuée, il put se convaincre qu'il s'agissait d'aphtes et non de syphilis, comme le collègue qui la lui avait amenée l'avait cru. Des gargarismes de manganate de potassium firent disparaître l'affection. Il faut donc toujours penser à cette diagnose quand il s'agit d'une affection de la muqueuse de la bouche. O. ROSENTHAL (Berlin).

r

e

t

# THÉRAPEUTIQUE

Chlorure d'éthyle. — Ehrmann. Ueber die Anwendung des Aethylchlorids als Localanaestheticum in der Dermatotherapie. (Wiener mediz. Wochenschrift, 1892, p. 1043.)

L'auteur a employé avec succès, d'après les procédés bien connus, le chlorure d'éthyle dans les scarifications et énucléations du lupus, principalement lorsqu'il s'agit de nodosités disséminées. Le spray de chlorure d'éthyle lui a encore rendu de très bons services pour ouvrir des furoncles dans lesquels, comme en général dans les tissus très enflammés, les injections de cocaïne ne sont pas applicables en raison de la piqûre qui est très douloureuse et l'action trop faible. Dans les bubons, même si la peau a un centimètre d'épaisseur, l'incision n'est pas douloureuse. Ehrmann a surtout utilisé le spray de chlorure d'éthyle dans les scafications et ouvertures des tubercules et des pustules d'acné, et il n'est pas douteux que dans ces cas, ainsi que pour l'extirpation de petites tumeurs de la peau, par exemple : des mollusca cutanés et de masses lupiques étendues, cette méthode ne trouve d'utiles applications.

Pour les surfaces ulcérées, il est préférable de faire l'anesthésie à l'aide d'un petit tampon d'ouate imbibé d'une solution de cocaïne de 5 à 10 0/0 parce que le chlorure d'éthyle détermine tout d'abord une sensation de brûlure) et ce n'est qu'après qu'il y a lieu d'entreprendre l'anesthésie

plus profonde avec le chlorure d'éthyle.

A. Doyon.

Europhène. — WILLIAM S. GOTTHEIL. Clinical observations on eurorophen. Medical Record, 17 décembre 1892, p. 700.

D'après l'auteur, l'europhène est de tous les succédanés de l'iodoforme celui qui possède le plus de qualités, la solubilité, la puissance bactéricide, l'innocuité absolue, l'absence de toute odeur désagréable. Aussi lui donne-t-il la préférence sur l'iodol, le sozoiodol, le dermatol, l'aristol. Il l'a expérimenté dans un grand nombre d'affections cutanées, soit sous forme de pommades incorporé à de l'axonge ou à de la vaseline à des doses variant de 2 à 6 pour 30, ou bien incorporé à de l'huile d'olive à des doses variant de 2 à 4 pour 30, ou bien sous forme de poudre sèche.

L'auteur publie 37 observations de maladies dans lesquelles il l'a expérimenté. Il en a surtout obtenu d'excellents résultats dans les ulcérations syphilitiques tertiaires. Le pityriasis versicolor et l'herpès circiné ont été heureusement modifiés par cette substance, tandis qu'elle n'a été que peu efficace dans le prurit sénile, la pelade, la kératose pilaire, et inutile dans la teigne tondante, l'acné et les folliculites.

Les résultats ont été assez douteux dans l'eczéma; les eczémas chroniques semblent être heureusement influencés mais il n'en est pas de même des eczémas aigus et des eczémas séborrhéiques. L'europhène semble d'après l'auteur avoir sur le psoriasis les mêmes propriétés curatives que l'acide chrysophanique. Il est également efficace dans les ulcères chroniques.

L. B.

Europhène. — Kopp. Ueber die Verwendung des Europhen (isobutylorthocrésol iodé) in der venereologischen Praxis. (Therapeutische Monatshefte, 1893, p. 115.)

L'auteur a employé l'europhène dans 19 cas de chancre mou typique. Dans 5 cas, après raclage préalable de l'ulcère, la plaie fut tamponnée avec des compresses de sublimé et comprimée, puis on appliqua comme pansement un mélange de :

 Europhène.
 1 gr.

 Acide borique pur pulvérisé.
 3 gr.

Il se forme alors une croûte qu'il ne faut pas enlever, mais poudrer de nouveau deux fois par jour avec le mélange ci-dessus.

Sous cette croûte la guérison se produisit dans tous ces cas dans l'espace de 4 à 11 jours.

Dans les 14 cas de chancre simple on employa le même traitement sauf le raclage: lavage avec une solution de sublimé au millième et ensuite poudrage, soit avec l'europhène pur, soit avec europhène et acide borique parties égales, ou encore europhène 1 gr., acide borique 3 à 5 gr. La durée moyenne de la guérison a été de 17 jours.

L'auteur a obtenu pour le même mode de traitement des résultats tout aussi satisfaisants dans 9 cas de bubons suppurés consécutifs à des chan-

L'emploi de l'europhène à également une influence favorable locale sur les plaques muqueuses, l'auteur a pu le constater dans 7 cas. Toutefois l'action est moins rapide qu'avec la méthode de Labarraque.

En résumé l'europhène est un succédané de l'iodoforme et on pourra conseiller son application dans les cas d'ulcères vénériens contagieux, après raclage préalable de la plaie.

A. Doyon.

Pilocarpine. — D. Webster Prentiss. Pilocarpine, its physiological and therapeutic action, with exhibition of specimens showing its effect in changing the color of the hair. (New-York Academy of medicine, 6 avril 1893.)

L'auteur cite un cas personnel observé chez une jeune fille de 25 ans atteinte d'anurie, chez laquelle des injections sous-cutanées de pilocarpine déterminèrent une transformation de sa chevelure du brun clair au brun foncé puis au noir intense. Tous les poils du corps subirent la même modification.

L. B.

## VARIÉTÉS

## QUELQUES REMARQUES

# SUR LA MÉTHODOLOGIE DE LA DERMATOLOGIE ACTUELLE

Par le D' Louis Philippson, Hambourg.

Les relations entre les dermatologistes des divers pays deviennent de plus en plus étroites. Les communications littéraires et les congrès internationaux y contribuent beaucoup. Mais d'autant plus, la diversité des opinions s'oppose et on ne voit presque pas de liens qui les réunissent. De telle manière, il est juste de parler d'écoles, de l'école viennoise et de l'école française, et les disciples de la dermatologie se trouvent dans un dilemne inextricable. Cette opposition diamétrale, ils la voient dans les discussions des congrès qui montrent clairement qu'il n'y a pas de terrain neutre pour traiter les objets scientifiques avec succès; cette opposition, ils la voient très bien illustrée par le Traité des maladies de la peau, publié par Besnier et Doyon sous le titre de Notes et additions au livre de Kaposi, et par la nouvelle édition de l'œuvre de Kaposi lui-même. Ici les doctrines d'Hébra apparaissent inébranlables, et l'on reçoit l'impression que le progrès de la science n'a eu aucune grande influence sur la dermatologie; là, la physionomie est tout à fait internationale et l'on aperçoit que chaque chapitre est encore ouvert à la discussion et que la dermatologie ne pouvait se soustraire aux grands changements de la science médicale. Le livre français montre l'image de l'investigation libre, le livre viennois l'image du conservatisme inflexible. Vraiment dans la dermatologie contemporaine, il existe des écoles d'ancienne date, mais le temps n'est plus favorable à la formation d'écoles. La meilleure preuve est le développement d'une branche nouvelle de la médecine, de la bactériologie. Il est vrai qu'il y a des questions d'hygiène où l'opposition des opinions paraît presque infranchissable; mais dans la bactériologie elle-même, c'est le maître lui-même qui a mis les instruments pour les recherches scientifiques entre les mains de ses disciples qui ont dirigé plus d'une fois ces armes puissantes contre la doctrine magistrale. Non, la décentralisation de la science n'est plus . favorable à la formation d'écoles, l'exactitude des méthodes scientifiques et la facilité de faire publier les recherches y contribuent

Or, quelles sont les raisons pour lesquelles il existe des écoles en der-

re

d

y

n

te

l

n

b

matologie? Parce qu'il n'y a pas de méthodes exactes pour faire des recherches. Combien de fois n'entendons-nous pas qu'il est nécessaire d'avoir une « grande expérience pour parler sur les questions dermatologiques, d'avoir vu un matériel énorme de malades, d'être un observateur expérimenté, etc. » Comme autrefois pour beaucoup de branches médicales, il faut aller en pèlerinage, encore aujourd'hui à la Mecque de la dermatologie pour apprendre et les doctrines qu'on y a entendues on doit les suivre pendant toute sa vie, sans avoir ni la permission ni la faculté de les changer. Il est vrai qu'il est nécessaire de séparer deux choses, si l'on veut apprendre seulement à faire des diagnostics dans la pratique, ou si l'on a l'intention de faire des recherches.

Mais quel médecin peut se tenir tout à fait passif dans notre temps et accepter bon gré mal gré les nouvelles publications? Plus ou moins, il est forcé d'être assez critique pour ne pas perdre sa présence d'esprit dans, l'embarras des richesses. Et pour l'être, il doit connaître les bases de sa science, les méthodes. Puisque celles-ci ne sont pas encore bien formulées dans la dermatologie, le praticien ne peut pas faire autrement que s'accommoder aux doctrines de l'école

qui possède de telle manière une autorité absolue.

Il semble que la méthodologie dermatologique ne puisse être fixée si bien que dans d'autres branches de la médecine. Il y semble manquer la base de l'anatomie pathologique et de la pathologie générale et les méthodes d'observations sont plus subjectives qu'objectives. La dermatologie semble être purement clinique et parce que le travail clinique est plus un art qu'une science, ou mieux plus une science appliquée qu'une science exacte, la dermatologie demande au clinicien un coup d'œil bien expérimenté, un tact spécial, enfin la routine (en bon sens).

Dans la clinique dermatologique, il faut exercer le sens de la vue et du toucher, et c'est pour cela qu'il faut avoir l'instruction d'un clinicien bien versé dans l'observation des changements morbides de la peau. Il faut apprendre par expérience quels changements appartiennent ensemble et quels forment des maladies, qu'on trouve décrites dans le traité. Avec les images typiques des maladies dans la mémoire, on s'exerce à identifier les cas dans la pratique. Le résultat de cet enseignement est de savoir faire des diagnostics à première vue (extemporanés, prima vista, Augenblicksdiagnosen).

Mais cette manière d'observer n'est pas seulement pour l'enseignement, elle a aussi une valeur pour les recherches nouvelles. Pour former une nouvelle maladie il faut avoir un grand matériel, dans lequel les types se répètent souvent plus ou moins changés qui attirent l'attention de l'observateur doué de la faculté de l'intuition. Or, c'est par l'intuition principalement que les grands réformateurs

dans la médecine clinique ont fait leurs découvertes; et pour la même raison la dermatologie si hautement clinique demande aux médecins le don d'intuition.

La doctrine tellement formée montre le cachet personnel du créateur et il manque une mesure exacte pour faire la comparaison entre elle et une autre. Il n'y a aucune transformation de la doctrine, parce que tout forme un ensemble indivisible, dont il est impossible de préciser les membres; l'analyse demande une connaissance exacte des différents éléments. Pour cela, nous voyons que la discussion sur des questions dermatologiques se tourne très souvent autour du même pivot et qu'elle ne pénètre que rarement dans les faits eux-mêmes. Ou l'ensemble ou rien, mais jamais on n'accorde une transformation de la doctrine.

Maintenant, j'ai parlé dans le sens de l'école viennoise; mais, puisqu'on est plutôt médecin que dermatologiste, il ne me semble pas défendu de faire les mêmes demandes à cette branche médicale comme à toute autre, c'est-à-dire qu'elle se serve de la méthode des sciences naturelles, de l'induction.

Qu'il est possible de l'employer, Hebra lui-même nous en a donné les preuves. Quoiqu'il ait créé par intuition la plupart de ses maladies, malgré cela nous trouvons çà et là les signes les plus clairs qu'il a tenu les maladies de la peau pour rien autre que des phénomènes compliqués qui doivent être analysés exactement, pour pouvoir être expliqués. Un de ses premiers travaux, sur la gale, se base sur la méthode inductive, et, après l'avoir approfondie, il a donné la meilleure investigation qui existe sur cette maladie. La cause connue, ses effets directs sur la peau recherchés, il donna l'explication pour les autres symptômes, éliminait par expérience un élément après l'autre, pour connaître la valeur de chacun pour les phénomènes morbides et trouvait des moyens pour faire le diagnostic quand même un des éléments de l'image clinique manquerait. C'est lui qui a fait ressortir la valeur du grattage pour la transformation des états morbides de la peau, afin qu'on pût facilement éliminer cet élément dans un cas compliqué. C'est lui qui a attiré l'expérience pour démontrer les relations entre les différentes formes des efflorescences de l'eczéma (les conclusions de laquelle ne se sont pas vérifiées). En un mot, outre l'intuition, Hebra s'est bien servi de la méthode générale des sciences naturelles. Est-ce qu'on a continué à le faire? Non. La méthode qui régnait après lui et qui règne encore dans l'école viennoise, c'est l'intuition. Même la création de la Dermatitis herpetiformis par Duhring, devait être basée sur des faits recherchés par la méthode inductive par Brocq, pour être reconnue par tout le monde.

La dermatologie comme science naturelle a besoin de l'induction et l'œuvre d'Hebra sur la gale devrait devenir le point de départ d'une réformation, sinon la valeur de cette méthode fût déjà bien reconnue par les médecins dermatologistes français.

Il n'est pas nécessaire d'énumérer ici les résultats qu'ils ont gagné de cette manière, mais parce que la méthode s'est montrée si efficace, il me semble avantageux d'examiner une fois les modifications qu'elle a subies pour servir dans la dermatologie en tant que science

pure que science appliquée, clinique.

La dermatologie se distingue des autres branches cliniques de la médecine par cette qualité que son objet est très facile à observer et à toucher, comme dans l'ophtalmologie d'une partie de l'œil. Le dermatologiste observe donc comme l'anatomo-pathologiste macroscopiquement et comme dans une expérience; la dermatologie est la pathologie sur le vivant. Pour cela, il n'est pas possible d'y séparer tout à fait les recherches anatomiques des recherches cliniques, comme ailleurs; la science dermatologique profite de la clinique, et celle-ci, de la pathologie générale de la peau. Mais, scientifiquement, cette division est possible et si on ne l'a pas encore faite, c'est un dommage pour la clarté de la description. Dans les traités on trouve une combinaison des deux choses qui devraient être bien séparées. Le ressort de la clinique est très bien à séparer de la pathologie de la peau. Celle-ci est divisée en anatomie et physiologie pathologique.

Maintenant allons suivre le chemin des recherches dermatolo-

giques!

1º La description des altérations morbides de la peau. On y parle de la morphologie et des efflorescences (lésions élémentaires). En réalité on fait une description des changements physiques, de la forme, de la couleur et de la consistance. L'ancienne dermatologie a tenu ces qualités, groupées comme des efflorescences, pour très importantes, mais peu à peu on a reconnu qu'elles ont une valeur assez modeste pour les processus morbides et on a donné aux vieux termes un contenu anatomique. Mais on ne peut dire que la conservation traditionnelle de ces notions, même transformées, a contribué à la simplification de la description. Le langage technique s'est trop développé, pour ne pas pouvoir être serré dans si peu de termes. Pour l'enseignement ils ne suffisent plus depuis longtemps et il est plus clair pour les étudiants de séparer les qualités physiques des qualités biologiques.

2º La détermination anatomo-topographique des lésions élémentaires.

De la même manière que les oculistes déterminent le siège d'une affection dans les différentes couches de l'œil, que l'anatomo-pathologiste détermine le siège dans les différentes parties d'un organe, de la même manière if est possible de déterminer le siège des lésions dans les différentes couches de la peau. Qui n'admet aucune grande

valeur à l'histologie pour la différenciation des altérations cellulaires. admettra certainement qu'elle peut déceler le siège d'une affection et alors l'aspect macroscopique peut servir aussi pour cette détermi nation, après qu'on a comparé ces deux observations. Mais alors il est nécessaire d'ajouter à la qualité physique d'une lésion son siège anatomo-topographique.

3º La détermination du processus pathologique. Ici l'observation sur le vivant nous montre facilement la nature du processus et comme le terme d'inflammation a été formé d'après l'observation de la peau. de la même manière on peut faire le diagnostic des autres processus immédiatement.

4º La détermination de la signification du processus de la peau en relation avec tout l'organisme.

Jusqu'à maintenant nous avons reconnu seulement les éléments, pour les expliquer il faut faire attention de tout l'organisme et de son milieu. De la pathologie générale nous savons que les conditions pour les maladies sont extrinsèques et intrinsèques et qu'elles affectent le corps des manières les plus différentes et par des voies les plus diverses. Si l'on veut étudier les altérations d'un organe unique, on fait toujours une séparation artificielle. Mais malgré cela il y a des altérations qui peuvent être séparées très bien. Pour les élire, il faut d'abord faire la définition du terme de maladie. Une maladie se compose d'une cause qui a une influence sur l'organisme, d'une altération au lieu du premier effet, des altérations du premier organe, alors des autres et de tout l'organisme, du cours et de l'issue. De tous ces éléments, quelques-uns sont essentiels pour tout le processus et d'autres peuvent manquer sans qu'il cesse de prendre son cours. Les éléments ont donc une valeur très différente pour un processus morbide. Si l'on veut séparer de tout l'organisme un organe pour l'étude spéciale, on élira de tels processus morbides, dont les éléments essentiels se trouvent dans l'organe soi-même. Les maladies d'organes ou locales sont de telles maladies dont les éléments essentiels s'y trouvent. On nomme des maladies de la peau proprement dites de telles maladies, dont la cause ou dont le principal cours s'y trouvent.

Ce sont des maladies, dont la cause connue vient de dehors ou de dedans ou dont, si la cause est inconnue, les altérations anatomiques ou physiologiques s'établissent exclusivement ou principalement dans la peau. Puisque ce sont des éléments essentiels du processus, qui se trouvent dans la peau, la connaissance de ces altérations contribue beaucoup à la connaissance de tout le processus. Pour la pratique il s'ensuit qu'on peut faire le diagnostic de la maladie seulement d'après l'observation de la peau et qu'on peut exercer une grande influence sur le processus seulement par le traitement des altérations morbides de la peau.

Une seconde classe d'altérations morbides de la peau forme celles dont les conditions principales ne se trouvent pas localisées dans la peau, mais dans l'intérieur de l'organisme comme une partie du tout, la peau est intéressée plus ou moins dans chaque maladie, mais il y a de telles maladies où les symptômes à la surface du corps attirent principalement l'attention du médecin. Chaque altération de la peau est importante pour la pathologie générale, mais en première ligne celles, où des connaissances spéciales de cet organe sont nécessaires pour bien apprécier la signification du processus. Les exanthèmes aigus appartiennent aussi à la pathologie générale, mais les érythrodermies, les érythèmes, les dermatites bulleuses et beaucoup d'autres forment un groupe particulier, parce que les autres symptômes de l'organisme ne sont pas si prononcés. Pour cela ce sont les dermatologistes qui s'occupent de ces maladies et qui les ont étudiées. Aussi dans la pratique ces maladies appartiennent au ressort du spécialiste.

Cette classe est donc formée par de telles maladies au cours desquelles apparaissent des altérations sur la peau, mais dont les éléments principaux se trouvent dans l'intérieur. Ce sont des altérations symptomatiques, parce qu'il y a des symptômes aussi dans la peau; ou des altérations sympathiques, parce que la peau aussi est affectée par le processus, qui a ses conditions principales dans l'intérieur; pour ces processus morbides la peau est, pour ainsi dire, le champ à projection, parce que le processus fait les altérations dans la peau par les voies des nerfs ou des vaisseaux.

Parce que les éléments essentiels de ces processus ne son tpas dans la peau, il faut examiner tout l'organisme pour bien les commaître. Si les symptômes des autres organes ne sont pas prononcés, nos connaissances sont très défectueuses et la nature du processus reste très obscure. Voici la raison que dans la clinique l'observation de la peau ne décèle pas la vraie maladie et l'on ne fait qu'une constatation de symptômes.

Généralement il n'est pas possible de déterminer le cours probable de la maladie, ni de faire un pronostic et le traitement des altérations

de la peaun'a aucun grand effet sur le processus total.

Ces altérations de la peau sont par leurs conditions pathogéniques plus ou moins étendues, très variables dans leurs localisations, plus ou moins passagères, elles ne sont pas très destructives, généralement disparaissant sans laisser des traces stables, mais par des causes plus ou moins inconnues, elles peuvent devenir stables, faisant des troubles histologiques. De telle manière, nous avons deux groupes dans cette classe, des altérations passagères, même si elles se répètent souvent sur la même place et des altérations qui amènent enfin des troubles permanents.

Les autres altérations que nous trouvons encore sur la peau, outre celles que nous avons déjà mentionnées, sont causées par des agents thermiques, mécaniques et chimiques ou elles ont leurs conditions dans le développement de la peau, intra-utérin et extra-utérin.

Les premières sont de simples lésions qui prennent leurs cours normaux après que la cause a cessé d'agir. Si des altérations plus permanentes s'y joignent, nous avons affaire avec des complications ou ces causes n'ont donné que l'occasion pour le développement de ces altérations, qui ont leurs conditions essentielles ailleurs (par exemple les soi-disant eczémas suivant les dermatites artificielles).

Nous voyons donc que les altérations de la peau ont une signification très variable pour les processus morbides du corps humain et qu'il est absolument nécessaire d'attirer l'attention des étudiants déjà au commencement de l'enseignement dermatologique sur ce point. Les classifications dermatologiques qui ne tiennent pas compte de ces grandes différences entre les états morbides de la peau et qui veulentsystématiser les exanthèmes aigus, les brûlures, le psoriasis, la cicatrice, etc., doivent échouer, parce que ces objets ne sont pas homogènes et parce qu'on y manque à une règle élémentaire de la logique.

Il est superflu d'en parler plus ici, tout le monde sait que la dermatologie souffre déjà depuis longtemps de ce défaut et que les médecins de l'hôpital Saint-Louis continuent à le combattre. Chaque dermatologiste réfléchissant ne peut reconnaître la science que basée sur des notions logiques.

Puisque dans les diverses classes les altérations de la peau ont une signification très différente, il n'est pas possible de parler en général sur la valeur des symptômes de la peau, mais d'après la classification.

Le développement défectueux de la peau pendant la période intrautérine et l'involution naturelle de la peau dans la vieillesse ne demande pas de commentaire. Leur description et explication appar-

tient principalement à l'anatomo-pathologie de la peau.

Les lésions simples de la peau produites par des agents thermiques, mécaniques et chimiques appartiennent en partie au domaine de la chirurgie, en partie de la dermatologie. Parce que la cause de l'altération de la peau est relativement facile à relever, l'explication du processus est claire. Les altérations montrent tous les degrés de l'inflammation et des troubles vaso-moteurs. Entre les causes et les effets sur la peau il y a des proportions assez fixes. Si cette relation n'existe pas, alors nous supposons que des conditions organiques n'entrent dans le processus et que ces causes n'ont servi qu'en agents provocateurs.

Dans l'école viennoise on parle dans ce chapitre aussi de l'effet du grattage, qui doit provoquer des processus morbides très compliqués. Il est connu qu'on doit y distinguer deux choses, l'effet purement mécanique (la séparation de la continuité des tissus normaux ou anormaux) et l'effet biologique, où le grattage n'est pas la condition essentielle, mais plutôt l'organisme ou un état morbide. Il faut donc

en parler ailleurs.

Les altérations morbides de la peau proprement dites, qui sont de vraies maladies de la peau, parce que les stades les plus importants de leur cours sont localisés dans la peau elle-même, forment le domaine propre à la dermatologie en tant que science pure que science appliquée. En partie les causes sont connues et viennent de dehors ou de dedans (des animaux et des champignons), en partie les causes sont inconnues, mais nous connaissons le mode d'infection (syphilis) ou les altérations sont à distinguer cliniquement et histologiquement (psoriasis, lichen ruber, etc.). Si l'on suit pas à pas le cours clinique par le microscope, on est en état de bien expliquer les altérations morbides. Qui demande que l'histologie d'une seule efflorescence doit déceler l'élément spécifique du processus, est dans la même erreur que celui qui veut faire le diagnostic clinique d'après l'efflorescence. Malgré cela il y a des processus infectieux qui sont assez spécifiques pour être reconnus de telle manière (lupus, lèpre, etc.).

A la clinique ces maladies ne se trouvent presque jamais pures, elles sont compliquées par d'autres processus (par des lésions simples d'agents médicamenteux, par des lésions mécaniques, par l'infection de cocci de pus, etc.). Principalement ce sont les maladies prurigineuses qui sont altérées de telle manière dans leur aspect, mais aussi chaque autre maladie peut être transformée. Pour les étudiants ces complications sont au commencement très difficiles à comprendre, parce qu'elles couvrent la maladie propre. Ici la distinction entre les lésions essentielles et les lésions secondaires est déjà établie dans les traités, et avec la connaissance du processus typique on est

en état de s'orienter même dans des cas fort compliqués.

Mais nous trouvons déjà dans cette classe des maladies, par exemple la gale, où seulement une bonne méthode nous a montré la voie, pour vaincre les obstacles dans le diagnostic et c'est à Hebra que nous devons ce guide. La notion de Kratzeczem (eczéma du grattage) lui a servi à l'explication de beaucoup d'altérations morbides de la peau et le principe de cette doctrine semble devenir le point de départ d'une grande révolution dans la dermatologie, comme nous allons voir. Ajoutons pourtant que la connexion entre les lésions faites par le grattage et des lésions spontanées (eczéma) n'a eu qu'une mauvaise influence sur le développement de notre science et qu'il fallait renouveler à fond cette doctrine pour réhabiliter ce principe.

Il est connu que nous devons principalement à Besnier, Vidal, Brocq et Jacquet la connaissance de ces lésions, qui se forment à la suite du grattage continuel sur une peau apparemment saine ou déjà malade, où le grattage n'est pas la cause immédiate, mais plutôt l'élément, qui donne lieu à la formation de ces lésions. Les conditions pour cette formation dépendent donc de la peau ou de l'organisme plutôt, nous voulons en parler dans l'autre classe d'altérations morbides, dont les conditions principales se trouvent dans l'intérieur de l'organisme.

Mais nous voyons par cela que même dans les maladies de la peau proprement dites il y a déjà des éléments qui dérivent plutôt de la constitution de l'organisme que du processus morbide lui-même et qu'il est très important de se rappeler toujours ces deux facteurs si différents dans leur nature.

Les processus morbides dans la classe des altérations symptomatiques ont, comme nous avons vu, leurs conditions essentielles dans l'intérieur de l'organisme. S'il faut avoir une bonne méthode d'investigation, elle est principalement nécessaire ici. Recherchons maintenant ses principes.

Dans chaque processus morbide les divers membres ont une valeur absolue et une valeur relative, absolue en tant qu'altération organique ou fonctionnelle, relative quant à la position qu'ils ont dans la série des autres. Dans les altérations de la peau le prurit peut être relativement aux autres symptômes d'une valeur très haute, par exemple dans le prurigo, dermatitis herpetiformis ou d'une valeur relative très basse, comme dans un cas d'érythème quelconque. En général on peut dire que chaque symptôme montre sa valeur absolue et relative dans les différents processus morbides. S'il est permis d'emprunter une notion de la chimie, on peut parler de la valeur des symptômes selon leur signification nosologique dans les divers processus morbides, où ils se trouvent.

Dans la définition d'un processus cet « ordre hiérarchique » est d'une importance des plus grandes et c'est aux auteurs français que nous devons la connaissance de ce principe. Mais ce chapitre doit avoir une des premières places dans les traités, parce qu'il contient la base d'une bonne méthode nosologique.

Mais plus que ça! la clinique a montré que pas seulement les simples symptômes ont des différentes valeurs pour les processus, mais aussi des groupes de symptômes entiers. La découverte de ce phénomène appartient ausi aux auteurs français: nous savons tous, quelle signification a l'eczématisation, lichénification, le syndrome urticarien. Ce sont des altérations de la peau qui ne sont pas spécifiques pour un processus unique, mais qui se trouvent combinées avec d'autres symptômes dans les diverses maladies. La constatation de cellesci ne suffit pas pour diagnostiquer une maladie, il faut les éliminer de l'image morbide pour reconnaître les membres essentiels du processus. Elles forment, pour ainsi dire, les radicaux qui comme un

tout indivisible entrent dans la série d'autres symptômes, pour former les maladies. Voici un nouveau principe, qu'Hebra a peut-être pressenti dans la création du terme de l'eczéma du grattage. Aussi à ce principe appartient un chapitre à part, parce qu'il est de la plus haute importance pour étudier les altérations de la peau. Mais nous sommes maintenant seulement au commencement de la doctrine qui promet de donner de bons fruits.

Jusqu'à maintenant on a formé de tels syndromes seulement pour les maladies purigineuses, mais le principe demande de les former aussi pour d'autres maladies. Il existe par exemple un groupe de maladies qui ont un élément qui a pour base une altération vaso-motrice. On y trouve une hyperhémie active ou passive, avec ou sans œdème, avec ou sans vésicules et bulles, qui formés très rapidement ne dépendent pas d'une altération épithéliale mais qui sont de simples soulèvements ou de la couche cornée ou de tout l'épiderme, d'après ce que j'ai yu. On peut nommer ce syndrome angionévrotique, qui est aussi d'une grande banalité et qui a aussi la valeur d'un radical, qui se combine avec le pruritus, avec les qualités de la récidivité et de la non-altération de la santé générale, pour faire la dermatitis herpetiformis, - un radical qui se combine avec une certaine localisation, avec une durée typique, pour faire l'érythème multiforme d'Hebra, - un radical qui se combine avec la localisation de prédilection sur les muqueuses, avec la récidivité, et avec la bénignité du cours pour faire l'érythème hydroa, etc.

Qu'il suffise de montrer que la doctrine des radicaux, pour ainsi dire, inaugurée par les auteurs français, a une valeur de premier ordre

pour l'investigation des maladies de la peau.

Si l'on a parlé du cours d'une maladie et de son importance pour le diagnostic, on a parlé en vérité de la valeur nosologique des différents symptômes. Aujourd'hui il ne suffit pas d'énumérer les diverses qualités d'un processus, il faut les mettre d'après l'ordre hiérarchique, principe qui a été fort négligé jusqu'à nos jours dans l'école viennoise.

Conclusions. — Pour les recherches scientifiques des altérations morbides de la peau, la méthode se compose donc de la description des qualités physiques, de la détermination du siège anatomo-topographique, de la détermination du processus anatomo-pathologique, de sa valeur pour tout le processus mordide. De telle manière on trouve qu'il y a des altérations de la peau: 1) qui dépendent de l'évolution et le l'involution de cet organe; 2) qui sont causées par des agents extrinsèques de nature mécanique, chimique et thermique; 3) qui forment de vraies maladies locales de la peau ou sont des membres essentiels d'un processus, qui affecte tout l'organisme, et 4) qui sont

seulement des symptômes situés dans la peau des processus, qui ont leurs membres essentiels dans l'intérieur.

Jusqu'à maintenant nous avons parlé de la méthodologie de la science dermatologique, passons à la science appliquée, à la clinique dermatologique!

Sa tâche de faire le diagnostic et par cela de fixer le pronostic et le traitement suppose l'existence d'une classification, dans laquelle il faut insérer un cas donné. Une classification qui réunit des altérations morbides de la peau homogènes par toute leur nature et qui sépare les altérations hétérogènes, n'existe pas encore; voici une raison pour le diagnostic fait méthodiquement est si difficile. On enseigne aux étudiants les caractères principaux des affections et après c'est à eux, en cas donné, de chercher sa ressemblance avec telle ou telle image. Si l'on continue à répéter de ne pas faire le diagnostic d'après l'aspect seul, mais d'après le cours du processus, il est tout à fait théorique, puisqu'il manque un système qui a réglé les affections d'après leurs cours. Comme expédient on se sert du diagnostic différentiel, où l'on énumère toutes les affections, avec lesquelles chacune peut être confondue. Mais ici en général on manque à ses principes en n'opposant pas seulement des affections qui se ressemblent par leurs cours, mais aussi par leur aspect clinique, par leurs efflorescences. La plus grande partie des diagnostics différentiels est à mettre dans la description de l'affection, pour bien donner du relief aux altérations anatomiques d'une certaine affection et on doit y laisser seulement des processus qui se ressemblent par leur cours. La manière de faire le diagnostic différentiel actuellement est principalement un reliquat des temps de Plenck et de Willan et ne sert qu'à agrandir la valeur nosologique des efflorescences, qu'on n'apprécie plus si hautement qu'autrefois.

Dans de telles circonstances c'est vraiment un pieux désir de demander qu'il faut faire le diagnostic méthodiquement, de déterminer le processus anatomo-pathologique de la peau et sa signification pour tout l'organisme, puis chercher le groupe, la classe, la famille, le genre, etc.

Entre la première tâche et la seconde il y a une lacune qui n'est pas encore remplie.

# **REVUE DES LIVRES**

E. CHATELAIN. — Précis iconographique des maladies de la peau, avec 50 planches en couleurs reproduites d'après nature, par Félix Meheux, gr in-8°, 542 pages, Paris, Maloine, 1893.

Le but très louable que s'est proposé l'auteur a été de composer pour les débutants, pour les étudiants, un livre élémentaire, sorte de lexique de dermatologie, illustré de figures en assez grand nombre pour que ceux-ci puissent s'habituer à la vue et à la connaissance des principaux types de pathologie cutanée. Il s'agit, suivant son expression même, de véritables leçons de choses; le texte n'ayant pas d'autre prétention que d'être une explication. Cette explication nous a d'ailleurs paru toujours suffisamment claire, et exacte dans sa brièveté voulue. Mais la grosse difficulté en ces matières, celle à laquelle se heurtent et se heurteront peut-être encore longtemps les éditeurs de semblables ouvrages, c'est l'illustration. En effet, avec les procédés actuels de reproduction en couleurs, on se trouve réduit, si l'on ne veut user de la chromolithographie en nombreuses couleurs qui est employée avec succès dans certains périodiques illustrés à grand tirage mais qui coûte horriblement cher, à des procédés assez élémentaires. Il nous semble que l'on a tenté ici de faire du nouveau et d'essayer un procédé encore assez peu employé, la typographie en couleurs. Les résultats, il faut bien le dire, sont très inégaux. Tandis que, naturellement, là où il y a seulement des nuances d'opposition tranchée, de blanc et noir, pelade, vitiligo, lentigo, les reproductions sont bonnes; l'artiste nous semble avoir été trahi dans le rendu de quelques autres qui ne donnent nullement l'impression voulue; telle la planche 5, eczéma de la face, avec excoriations très accentuées ; 22, kératose pilaire faciale qu'il est bien difficile de reconnaître; 20, impétigo de la face chez un enfant.

Nous croyons également que dans un format relativement aussi restreint il faut proscrire les représentations en pied, car alors les lésions deviennent microscopiques et ne signifient plus grand'chose; je sais bien qu'on a voulu nous montrer ainsi la disposition topographique et symétrique des lésions dans certaines maladies, psoriasis, gale; mais quelle valeur peut avoir la représentation en pied d'un lichen plan (planche 27) alors qu'il est impossible de reconnaître autre chose qu'un pointillé rouge sans caractère. D'une manière générale d'ailleurs, et ceci ne s'adresse pas seulement à l'ouvrage actuel, on veut mettre trop de choses dans une planche, on y fait figurer des détails inutiles, alors que des fragments se rapprochant le plus possible de la grandeur naturelle seraient bien plus utiles pour l'étude. Ce sont d'ailleurs les planches conçues dans ce dernier sens qui sont les meilleures de l'ouvrage et nous nous plaisons à louer particulièrement les planches 35, jambe atteinte de pemphigus ; 43, morphée ; 30, lupus vulgaire du nez, et surtout 26, une leucoplasie linguale de grandeur naturelle tout à fait réussie. Quoi qu'il en soit, l'essai de MM. Chatelain et Méheux est intéressant; il nous montre ce que l'on peut obtenir quant à présent dans des conditions de prix abordables; et il semble en effet que le procédé, avec un peu plus de perfection, soit encore ce que nous possédions de mieux en attendant que les progrès de la photographie en couleurs aient leur retentissement heureux sur l'exécution industrielle des dessins en couleurs. Ce jour-là, on pourra entreprendre la publication d'un bel atlas de dermatologie, et nous savons qu'alors il ne se fera point attendre. H. F.

# Guy's Hospital Reports. Vol. XLVIII. London, 1892.

Parmi les mémoires que contient ce volume, nous citerons, comme ayant un intérèt pour la spécialité, une étude de Beaven Rake sur l'anatomie pathologique de lalèpre, une observation de pemphigus de la conjonctive, par Brailey, et une autre d'actinomycose du foie et du poumon, par Frédérick Taylor. Parmi les pièces entrées dans le Musée, celles d'un cas de mycosis fongoïde observé et publié par Pye Smith dans les Clin. Soc. Trans. vol. XXV, un poumon syphilitique devenu fibreux.

La dermato-syphiligraphie occupe donc cette fois une place plus importante dans ces Reports dont la publication régulièrement poursuivie constitue une source précieuse de documents cliniques et anatomiques telle que nous désirerions en voir se créer pour nos hôpitaux français où tant de richesses de cette nature se perdent chaque année faute d'être recueillies dans des publications analogues.

H. F.

# NOUVELLES

Société des naturalistes et médecins allemands. Réunion à Nuremberg du 11 au 15 septembre 1893. Section de dermatologie et de syphiligraphie.

#### QUESTIONS PROPOSÉES A L'AVANCE

I. — Quelle est, de la prostitution publique et de la prostitution clandestine, la plus redoutable au point de vue de la propagation de la syphilis et des autres maladies vénériennes?

Rapporteurs: Prof. Dr Lang (de Vienne) et Dr Kopp (de Munich).

II. - Syphilis des voies aériennes supérieures.

Rapporteurs: Dr Seifert (de Wursbourg) et Prof. Dr Jurasc (de Heidelberg).

III. — Les lésions vésiculeuses des muqueuses et de la peau au point de vue de leur confusion avec les affections syphilitiques.

Rapporteur : Prof. De Köbner (de Berlin).

Un grand nombre de communications sont annoncées sur divers sujets de dermatologie et de syphiligraphie.

Le comité d'organisation : Prof. Köbner, Dr Berkh, Dr Epstein.

Le Gérant : G. MASSON.

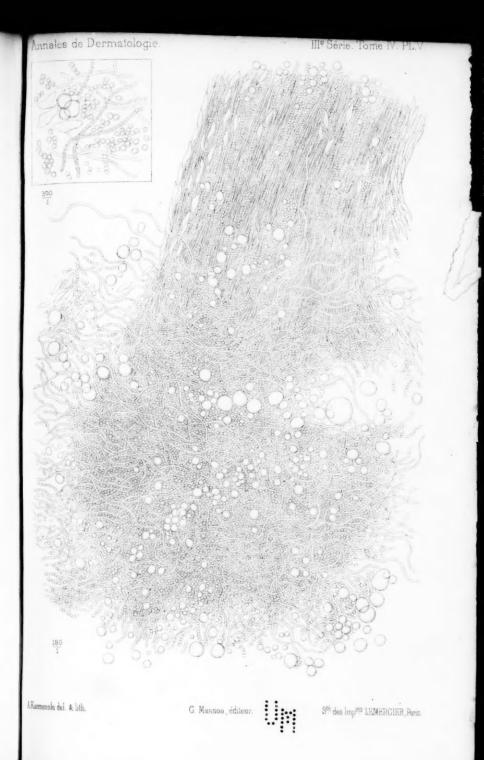
IMPRIMERIE LEMALE ET Cie, HAVRE



A Karmansia del & lith.

C Masson, édileur

S<sup>to</sup> des imp<sup>les</sup> LEMERCIER, Paris





# CH. LAILLER

# 1822-1893

Cruellement frappée déjà, pendant le cours de cette année, par la mort de Hardy et de Vidal, la dermatologie française vient de faire une perte nouvelle et non moins douloureuse : Ch. Lailler, atteint depuis plusieurs mois par une maladie inexorable, a succombé le 10 août.

Médecin savant et érudit, praticien dans la plus haute et la plus pure expression du mot, type achevé et incomparable du médecin d'hôpital, modeste et réservé presque jusqu'à l'excès, Ch. Lailler a rendu à la dermatologie des services considérables qui assurent son nom et sa mémoire contre l'oubli.

Savie scientifique appartient presque entière à l'hôpital Saint-Louis où il est resté en fonctions pendant vingt-six ans (1863-1889). Son talent d'observation, la sévérité de son jugement, non moins que l'indépendance de son esprit, le mirent rapidement au nombre des maîtres les plus recherchés par les élèves laborieux. Disciples et maître rivalisaient d'assiduité et de travail pour réunir des faits précis, des observations vraies et complètes, dont les séries, soigneusement conservées et classées, ont fourni la matière d'un grand nombre de thèses inaugurales et de monographies.

Dans les salles de Lailler, l'enseignement pratique était permanent, l'enseignement théorique sagement mesuré, toujours clair, précis, limité aux faits bien acquis, aux résultats incontestés. Comme il a peu écrit, et qu'il dédaignait de rien réclamer pour lui, on ne sait certainement pas assez que, le premier dans l'hôpital Saint-Louis, il a institué le traitement mécanique et médico-chirurgical des affections de la peau; ses recherches de thérapeutique nouvelle étaient incessantes, et c'est à lui qu'il faut rapporter l'introduction de l'iodoforme dans la dermatothérapie. Mais ce que personne ne saurait oublier, c'est que le Musée de l'hôpital Saint-Louis, l'une des plus grandes gloires de cet établissement célèbre, est, en réalité, son œuvre, et que c'est à lui que l'hôpital Saint-Louis et la science dermatologique doivent

d'avoir découvert, deviné, puis soutenu, et guidé dans ses débuts, l'artiste incomparable qui a nom Baretta! Pendant de longues années, il remplit bénévolement les fonctions de conservateur du musée, s'occupa du classement des pièces, et présida à leur translation dans le local actuel. Ce fut lui, également, qui, annonçant l'intention qu'il avait de léguer, après sa mort, au musée, sa bibliothèque personnelle, détermina la création de la bibliothèque du Musée de l'hôpital Saint-Louis, déjà riche et florissante.

Mais le dévouement à la science dermatologique ne suffisait pas encore à remplir la vie de cet homme de bien; il en voulut faire le couronnement par une œuvre philanthropique et charitable, et fit créer dans l'hôpital Saint-Louis l'École des teigneux, où les enfants indigents, atteints de teigne, sont à la fois recueillis, secourus, traités, et instruits.

Puisse le faible tribut de notre admiration et de nos regrets être agréable à sa mémoire, puisse-t-il adoucir pour un instant, la dou-leur de ses enfants et de la digne compagne de sa vie!

# A. PIGNOT

Nous avons le regret d'annoncer aussi la mort d'un autre collaborateur des Annales, le docteur Albert Pignot, enlevé le 19 septembre, à l'âge de 36 ans, par une fièvre typhoïde. Interne des hôpitaux en 1880, docteur en 1885, Pignot passa deux de ses années d'internat, à l'hôpital Saint-Louis, et à l'hôpital du Midi. Préparateur du cours d'histoire de la médecine à la Faculté, il choisit pour sa thèse inaugurale un sujet qui lui permit de faire œuvre à la fois d'historien et de syphiligraphe et écrivit, à propos de l'Histoire de l'hôpital du Midi, l'histoire de la syphilis à Paris depuis le XVIe siècle jusqu'à la période contemporaine, jusqu'à Ricord. Son intention était de donner une suite à ce travail, et de retracer la période si brillante de l'histoire de l'hôpital du Midi, au temps de Ricord, et de ses élèves. Il avait pu recueillir de la bouche même de l'illustre vénéréoligiste de précieux documents; et le vieux maître qui s'était pris d'affection pour son historiographe, se fit assister par lui dans les dernières années de sa vie.

Fidèle à sa mémoire, Pignot prit avec Horteloup la part la plus active à la formation du comité chargé d'élever une statue à Ricord : il succéda à Horteloup comme secrétaire-trésorier du comité. La statue est terminée et le piédestal est construit. Mais ni l'un ni l'autre n'auront eu la satisfaction de la voir se dresser, vivante image, au seuil de cet hôpital du Midi, devenu l'hôpital de Ricord.

Nous adressons à la malheureuse veuve de notre regretté collègue, l'expression de nos regrets et de nos vives sympathies.

# TRAVAUX ORIGINAUX

# SUR LA NATURE DES XANTHOMES

ET LA CAUSE PROCHAINE DE LEURS COMPLICATIONS

#### Par H. Hallopeau

Communication faite au congrès de l'Association pour l'avancement des sciences le 4 août 1893.

Malgréles travaux importants dont ces néoplasies ont été l'objet dans ces dernières années, malgré les faits nouveaux dont leur histoire s'est enrichie, elles demeurent entourées d'une grande obscurité et les dermatologues les plus autorisés sont d'accord avec le professeur Kaposi pour leur appliquer l'épithète d'énigmatiques. En effet, elles se présentent à l'observation sous des formes tellement diverses que l'on ne peut sans hésitation les considérer comme appartenant à un seul et même type morbide. Quelles différences entre les caractères objectifs des variétés tubéreuses et en tumeurs et ceux que présentent les plaques jaunes des paupières ou les stries linéaires des plis de flexion! les cas mixtes et les résultats des examens histologiques permettent seuls de les rapprocher. D'autre part, la coïncidence fréquente de l'ictère et du diabète est susceptible d'interprétations variées. Enfin, tandis que, le plus souvent, ces néoplasies restent indéfiniment stationnaires, et semblent constituer, suivant l'expression de Juhel-Renoy, de simples vices de conformation, elles peuvent exceptionnellement devenir le siège de poussées phlegmasiques ou subir une évolution rétrograde. La nature même du processus qui aboutit à la formation de ces néoplasies est l'objet de discussions, et, tout récemment, M. Radcliffe Crocker a soutenu qu'il s'agit d'une phlegmasie. On conçoit que, dans ces conditions, les conceptions les plus diverses aient été formulées : c'est ainsi qu'en France, la plupart des auteurs qui ont étudié cette maladie attribuent dans sa production un rôle prépondérant aux altérations humorales dont l'ictère et le diabète leur paraissent impliquer l'existence et la diathèse xanthomateuse de M. Chambard compte des partisans.

Nous nous proposons d'établir aujourd'hui que, conformément aux vues exposées en Allemagne par MM. Touton et Koebner, les xanthomes sont des néoplasies bénignes d'origine embryonnaire.

qu'ils doivent être rangés parmi les nævi, et, de plus, que les altérations humorales qui les accompagnent en sont, non les causes, mais bien les conséquences. Déjà, en 1891, dans un travail sur les nævi, nous y avons fait rentrer le molluscum lipomatode de Virchow qui n'est autre qu'un xanthome.

Les faits que nous invoquerons en faveur de cette manière de voir sont tirés de l'anatomie pathologique, de l'étiologie, des caractères

cliniques et de l'évolution de ces produits morbides.

On doit à de Vincentiis et à Touton d'avoir établi que les éléments caractéristiques des xanthomes sont leurs cellules, éléments entourés d'une fine membrane, contenant des noyaux multiples et volumineux et remplis de fines granulations graisseuses auxquelles s'ajoute parfois du pigment; ces granulations graissseuses ne doivent pas être considérées comme des produits de dégénérescence, et leur formation n'a pour conséquences, ni la dissociation, ni la caséification, ni la calcification des cellules; elles constituent un des éléments caractéristiques de ces productions ; il s'agit, suivant l'expression de Touton, d'une lipomatose; on trouve tous les intermédiaires entre ces cellules et celles du tissu conjonctif normal. D'après Kœbner, il est établi qu'elles proviennent, conformément à la théorie de Cohnheim. de cellules conjonctives embryonnaires génératrices de graisse qui persistent en différents points du tégument externe et de divers organes. La structure de ces tumeurs offre les plus grandes analogies avec celle des nævi pigmentaires. Les lésions phlegmasiques que I'on observe constamment sont secondaires.

Les xanthomes peuvent être héréditaires : il en existe plusieurs exemples authentiques dans la science ; les faits de Lehzen et Knauss, de Kæbner et d'Hutchinson sont démonstratifs à cet égard ; or, c'est là un caractère important, car il appartient aux nævi.

Les xanthomes peuvent être distribués en groupes dont la disposition rappelle beaucoup celle du zona (Hardavay); dans un cas de Kæbner, ils étaient superposés à un nævus distribué lui-même suivant des territoires nerveux.

Leur disposition en longues bandes parallèles au trajet des nerfs est encore un caractère qui les rapproche des nævi; elle était des plus accentuées chez un malade que nous avons observé cet hiver dans notre service; il suffit pour s'en convaincre de jeter les yeux sur la belle aquarelle où elle a été représentée par M. Méheux. L'histoire de ce malade, intéressante à d'autres titres, peut être résumée ainsi qu'il suit:

Lep..., Gabriel, âgé de 51 ans, entré le 1° février 1893 au n° 46 du pavillon Bazin, est un cocher, vigoureusement constitué, avec tendance marquée à l'obésité. Il y a 8 ans, il a vu paraître sur la face dorsale de ses doigts,

au niveau des articulations, des saillies du volume d'un grain de chènevis, de couleur rosée, non douloureuses, groupées par 2 ou 3. Peu après, des productions analogues se développaient au niveau des faces convexes des coudes et des genoux.

Le malade entre en 1888 à la salle St-Louis dans le service de M. le professeur Fournier qui fait mouler un des genoux et une de ses mains; il y a, dès lors, à l'un des coudes, une tumeur du volume d'une noix; on constate la présence de sucre dans l'urine; une biopsie, pratiquée par M. Darier, dénote l'existence, dans ces néoplasies, d'une infiltration cellulaire très abondante, à distribution périvasculaire; les cellules sont volumineuses, souvent allongées ou granuleuses, anguleuses et remplies de fines granulations très probablement graisseuses. Quand le malade quitte le service, quelques semaines après, il paraît très amélioré, presque guéri; les tubercules sont très affaissés, notamment aux genoux, et aussi sur le dos des articulations des mains. Nous pouvons affirme et aujourd'hui que cette amélioration n'était qu'apparente (nous verrons comment on peut l'expliquer), car le moulage que nous avons fait pratiquer récemment rappelle traits pour traits, à part quelques légères différences, sur lesquelles nous reviendrons, celui de 1888.

Actuellement, l'éruption occupe presque exclusivement les membres.

Elle présente les caractères suivants :

Membre supérieur gauche. — On voit, sur la face convexe du coude, une tumeur régulièrement arrondie, mesurant un centimètre de diamètre et formant une saillie d'environ cinq millimètres; sa consistance est ferme; elle est recouverte de croûtelles noirâtres et de squames, vestiges d'une inflammation secondaire; elle présente une coloration rouge qui disparaît sous la pression du doigt; elle se détache nettement des parties voisines; son aspect rappelle celui d'un chancre induré.

Dans la même région, au-dessous de cette tumeur, on en trouve une autre qui occupe le tissu cellulaire sous-cutané et mesure environ deux centimètres de diamètre; sa consistance est ferme. A côté de la première tumeur, on en voit une autre, d'aspect analogue, mais de dimensions

moindres; elle ressemble à une papule syphilitique.

Le bord cubital de l'avant-bras est occupé, dans toute sa hauteur, par une trainée éruptive, d'environ trois centimètres de diamètre; les plis de la peau y sont exagérés; la coloration varie du rouge vif au jaune bistré xanthomatique; le tégument y est légèrement tuméfié; les follicules pilosébacés y sont saillants et entourés d'une fine collerette d'épiderme desquamé : on y voit, en outre, plusieurs saillies papuleuses variant du volume d'un grain de chènevis à celui d'une lentille et offrant les mêmes caractères que la petite tumeur du coude; cette trainée éruptive offre de frappantes analogies dans sa disposition et ses éléments éruptifs avec celles du nævus que nous avons décrit sous le nom de pilo-folliculaire.

En arrière de l'extrémité inférieure du cubitus, on note une saillie

papuleuse et indurée d'aspect syphiloïde.

Au niveau de la main, on remarque sur le trajet du bord cubital, en dedans du cinquième métacarpien, une trainée de papules qui fait suite à celle de l'avant-bras et la complète : les unes sont isolées, d'autres

groupées 2 à 2, d'autres confluentes et réunies en plaques plus ou moins étendues.

Une papule semblable se trouve sur la face dorsale du premier métacarpien; deux autres font saillie sur celle de la première phalange du pouce.

Des éléments plus volumineux se sont développés sur la face dorsale des autres doigts.

Un groupe de tumeurs indurées, formant des saillies d'environ 2 millim, de couleur rosée, mesurant jusqu'à 15 millim. de diamètre sur 7 millim, verticalement, mobiles sur les parties sous-jacentes, surmontent l'articulation métacarpo-phalangienne de l'index; elles sont au nombre de sept et disposées de façon à former une série linéaire incurvée qui mesure 3 centim, transversalement sur 1 centim, verticalement.

Deux tumeurs semblables siègent au niveau de l'articulation métacarpophalangienne du médius, une autre recouvre celle de l'annulaire. Les mêmes tubérosités font saillie au niveau des articulations des phalanges avec les phalangines; une d'elles atteint 1 centim. de diamètre. Elles sont recouvertes de croûtelles; lorsqu'on enlève celles-ci, on trouve au-dessous d'elles le derme excorié; mais le malade assure qu'il n'en est pas habituellement ainsi et que la production de ces croûtelles a été consécutive à des violences extérieures. Une seule des dernières articulations phalangiennes, celle du médius, porte une tubérosité semblable.

La matrice de l'ongle de l'index paraît indurée et tuméfiée.

Plusieurs des tubérosités présentent, à leur surface, des taches brunâtres qui ne s'effacent pas sous la pression du doigt; leur volume varie de celui d'une pointe d'aiguille à celui d'une lentille; ce sont là les vestiges de petites hémorrhagies intra-dermiques qui indiquent une fragilité anormale des petits vaisseaux de ces tubérosités.

A la paume de la main, on voit au niveau de la partie interne de l'éminence thénar, une saillie du volume d'une lentille, remarquable par la coloration jaunâtre, xanthélasmique qu'elle prend à sa périphérie ; un ou deux élèments semblables existent sur la face palmaire de chacun des doigts.

Membre supérieur droit. — Il présente au niveau du coude une tubérosité semblable à celle qui a été décrite du côté opposé, mais plus volumineuse; par suite d'une chute, elle a été excoriée; son aspect offre une analogie frappante avec celui d'un chancre induré.

L'avant-bras est intact.

Sur le dos de la main, on voit les mêmes tubérosités qu'à gauche, au niveau des articulations métacarpo-phalangiennes, une seule exceptée; leurs dimensions sont plus considérables; l'une d'elles atteint 2 centim. de diamètre; elles sont également plus nombreuses; on en compte 5 sur celle de l'index; elles présentent d'ailleurs des caractères identiques.

Sur la face palmaire, les tubérosités sont également multiples ; leur saillie, appréciable sur les phalanges, est presque nulle dans la paume de la main ; leur coloration n'est pas rouge, mais, par places, jaunâtre, xanthélasmique.

Les fesses sont le siège d'une éruption de saillies généralement con-

fly

m

le

ė

1

fluentes, d'une consistance ferme, d'une coloration rouge pâle qui se modifie sous la pression du doigt, passant alors à la teinte jaunâtre du xanthome; leur volume varie de celui d'un grain de millet à celui d'une lentille. A côté d'elles, on voit des macules rouges ou jaunâtres, et devenant, en tout cas, jaunes par la pression; ce sont évidemment les mêmes éléments en voie de régression.

Cette éruption est bilatérale et également abondante des deux côtés. On la retrouve avec les mêmes caractères à la partie postérieure des cuisses; les éléments y sont remarquables par leur coloration d'un blanc jaunâtre

et leur consistance remarquablement ferme.

Au genou gauche, se trouvent de nombreuses macules pigmentées représentant des tubercules en évolution rétrograde; on y voit, en outre, des saillies rouges et indurées; une série de ces éléments forme une ligne semi-circulaire au-dessus de l'articulation.

Au genou droit, les altérations sont les mêmes, mais il n'y a que deux tubercules en activité.

Les saillies tuberculeuses existent enfin sur le cou-de-pied droit, sur la face dorsale de l'articulation métatarso-phalangienne du gros orteil ainsi que, des deux côtés, sur la plante des pieds.

Notons, en dernier lieu, la présence d'un petit tubercule jaune rougeatre

sur le frein préputial.

Des examens réitérés nous ont permis de constater qu'il n'y a plus trace de glycosurie.

Ainsi que nous l'avons indiqué précédemment, si l'on compare les deux moulages de la main gauche qui ont été pratiqués, l'un en 1888, l'autre en 1893, on voit que toutes les saillies tuberculeuses ont persisté, qu'un petit nombre d'entre elles se sont légèrement modifiées, et que plusieurs groupes se sont multipliés : sur le dernier moulage, deux des saillies sont moins volumineuses que sur le premier; ce sont celles de la dernière articulation phalangienne du petit doigt et du dernier espace interdigital ; quelques-unes de celles qui surmontent les premières articulations phalangiennes ont au contraire grossi. Les multiplications ont porté sur les groupes qui surmontent les deuxième et cinquième articulations métacarpo-phalangienne : chacun d'eux est actuellement composé de 5 éléments au lieu de 2 en 1888; enfin, la si remarquable traînée sur le trajet du cubital est également nouvelle, elle n'est pas représentée sur le moulage ancien.

Le moulage du genou gauche, remontant à 1888, représente à

peu près exactement l'état actuel.

Il résulte de cette comparaison que, malgré la disparition de la glycosurie, les néoplasies xanthomateuses ont continue à se multiplier lentement; elle montre aussi que l'amélioration constatée il y a 5 ans, a été passagère et plus apparente que réelle, puisque l'on retrouve aujourd'hui, dans les mêmes régions, des altérations identiques à celles qui ont été moulées à cette époque.

Les macules purpuriques observées sur plusieurs des tubérosités montrent que le xanthome peut s'accompagner d'une fragilité anormale des petits vaisseaux : les lésions phlegmasiques notées sur plusieurs autres permettent également de les considérer comme des loci minoris resistantiæ. Ces faits ne sont nullement contradictoires avec l'idée qu'il s'agit de nævi ou de néoplasies très analogues.

On objectera sans doute à cette manière de voir l'apparition tardive de ces tubérosités et l'évolution rétrograde qu'elles peuvent présenter.

L'apparition tardive n'est pas rare dans les nævi les mieux caractérisés. Nous avons établi, dans un autre travail (1), qu'ils ne sont pas habituellement congénitaux, car ils sont beaucoup moins nombreux chez les nouveau-nés que chez les enfants plus âgés et chez les adultes; nous avons cité l'observation d'un jeune homme âgé de 18 ans chez lequel la production récente de nævi a été constatée; l'exemple des verrues séniles pourrait encore être invoqué ici si l'on admettait, avec Pollitzer, qu'elles doivent être considérées comme des nævi, mais l'exactitude de cette manière de voir ne nous paraît pas démontrée, ni même vraisemblable.

Il existe également des exemples incontestables de nævi qui ont disparu avec les progrès de l'àge; il ne s'agit donc pas, comme on pourrait le croire au premier abord, de néoplasies absolument fixes.

Nous devons reconnaître cependant que la disparition en masse des xanthomes chez les diabétiques est en contradiction avec l'interprétation qui nous paraît la plus légitime ; mais nous ferons remarquer que ces disparitions en masse n'ont été signalées que très exceptionnellement et nous nous demandons, en présence de ce qui s'est passé chez notre malade, si ces faits ne sont pas contestables ; nous avons vu en effet que notre sujet avait été considéré comme presqu'entièrement guéri quand il a quitté Saint-Louis en 1889 : or, nous avons vu que, sur notre moulage récent, les néoplasies sont presque identiques à celles qui ont été représentées à cette époque ; il faut donc qu'il se soit produit alors une amélioration apparente, mais non réelle ; on peut s'expliquer ce fait si l'on considère que ces xanthomes, dits diabétiques, sont vasculaires et susceptibles par conséquent de devenir le siège d'hyperhémies et même de phlegmasies secondaires, ou d'anémies locales et que, dans ces conditions, leur aspect peut se modifier très sensiblement; on peut supposer qu'ils sont susceptibles de s'affaisser et de pâlir au point de faire croire à une grande amélioration. C'est ainsi que, chez notre cocher, les mains étant constamment exposées aux intempéries ainsi qu'aux

<sup>(1)</sup> Les nævis. Progrès médical, 1891.

traumatismes inhérents à la profession, les traitements dont elles sont le siège, ont pu à plusieurs reprises s'enflammer et se tuméfier pour recouvrer, pendant le séjour à l'hôpital, leur aspect habituel et sembler même très améliorées.

Les rapports de ces néoplasies avec l'ictère et la glycosurie ont particulièrement contribué à obscurcir leur histoire en mettant en jeu les théories humorales. Nous avouons, pour notre part, ne pas comprendre comment une glycosurie, dans certains cas intermittente et si peu prononcée qu'elle ne peut être constatée que par des examens réitérés, pourrait donner lieu au développement de néoplasies alors que, dans la grande majorité des diabètes invétérés et intenses, elles font complètement défaut. Il nous paraît très vraisemblable que ces syndromes ne sont pas causes, mais bien effets des tumeurs xanthomateuses: déjà, Kaposi a nettement formulé cette explication à propos de l'ictère. Il est reconnu que les néoplasies xanthomateuses ne restent pas limitées au tégument externe ; toutes les muqueuses, ainsi que les séreuses et la tunique interne des vaisseaux peuvent en être le siège; on conçoit donc que leur développement dans les voies biliaires donne lieu à de l'ictère; telle est également l'opinion de M. Besnier, car il dit: « nous croyons pouvoir affirmer qu'il existe une colique hépatique xanthomatique, des hépatites xanthomatiques; » or, s'il en est ainsi, on peut s'expliquer de même par une localisation viscérale, très probablement pancréatique, la production de la glycosurie. Pour ce qui est des caractères particuliers qui appartiennent à ces xanthomes dits diabétiques, on peut supposer que ces tumeurs ont plus de tendance à atteindre le pancréas quand elles occupent les membres sous forme de tubérosités ponctuées.

Nous résumons ainsi qu'il suit les conclusions de ce travail :

1º Les xanthomes sont des néoplasies bénignes d'origine embryonnaire, c'est-à-dire des nævi, suivant la conception nouvellement formulée de ces tumeurs ;

2º Ils peuvent être localisés, comme l'a montré Kæbner, à une région occupée par un nævus ;

3° Ils peuvent former de longues bandes suivant le trajet des

nerfs, disposition caractéristique des nævi;

4º Ils sont dus, conformément aux vues de Touton, à la persistance dans les tissus et à la prolifération de cellules embryonnaires génératrices de la graisse;

5° Ils peuvent secondairement devenir le siège de phlegmasies, d'hyperhémies ou d'hémorrhagies;

6° Les tumeurs des membres étant très vasculaires peuvent s'affaisser au point de devenir presque méconnaissables :

7º L'ictère qui accompagne souvent les xanthomes est lié, confor-

mément à l'opinion de Kaposi, à leur extension aux voies biliaires;

8° La glycosurie qui nombre de fois, a coïncidé avec eux, est liée selon toute vraisemblance, à une autre localisation viscérale des tubérosités; le pancréas en est le siège le plus probable.

8° Cette localisation viscérale s'observe surtout quand les xanthomes occupent les membres sous forme de tubérosités ponctuées;

9° L'existence de macules au voisinage des tumeurs montre qu'elles sont susceptibles de subir une évolution rétrograde : ce fait, et aussi la possibilité de changements de volume suivant le degré de réplétion du système vasculaire, expliquent les intermittences de l'ictère et de la glycosurie dont elles peuvent s'accompagner.

# TRAITEMENT DE LA SYPHILIS CÉRÉBRALE PAR LES INJECTIONS D'HUILE GRISE

PAR

le D<sup>r</sup> J. Sacaze, Chef de clinique médicale à la Faculté de Montpellier. E. Magnol, Interne des hôpitaux.

HOPITAL SAINT-ELOI. - SERVICE DE M. GRASSET

Les modes de traitement de la syphilis sont déjà bien nombreux; mais le vif désir de prévenir, de guérir d'une manière rapide, efficace, commode, toutes ses manifestations, tous les accidents qu'elle entraîne, fait qu'on est sans cesse à la recherche de moyens différents, de méthodes plus actives. Aussi presque chaque année voit-on préconiser des substances nouvelles dont le mercure forme toujours cependant la base.

Il ne faut pas remonter très loin pour trouver le principe de la méthode des injections d'huile grise. En 1879, pour la première fois, Jullien et Luton (de Reims) en font l'essai sur des animaux. Elle n'est appliquée chez l'homme, que quelques années plus tard, en 1888, non pas par ces mêmes auteurs, mais par le professeur Lang de Vienne.

Malgré cette existence, à vrai dire, courte, elle est devenue déjà l'objet d'un certain nombre de travaux importants qui permettent jusqu'à un certain point d'apprécier ses avantages, et de dire ses inconvénients.

En France, elle a été importée par Raugé (1), qui avait eu l'occasion de constater les heureux effets qu'on en retirait, dans les cliniques de Vienne; aussi en préconisa-t-il l'emploi, la plaçant au-dessus des autres méthodes.

M. Hallopeau (2), dès cette époque, signala les dangers sérieux qu'elle pouvait entraîner, et considéra comme illusoire au point de vue de la guérison définitive de la syphilis cet approvisionnement de mercure qu'on semblait vouloir réaliser chez les malades.

Rauge répondit à ces objections, et les injections d'huile grise furent essayées. Les auteurs qui se livrèrent à ces recherches furent

<sup>(1)</sup> RAUGE. Bull. méd., 1888.

<sup>(2)</sup> HALLOPEAU. Bull. méd., 1888.

successivement Balzer et Reblaud (1), Briend (2), Hirtz (3), Huot (4); les résultats heureux qu'ils en obtinrent les portèrent, à leur reconnaître des avantages considérables.

M. Brousse (5) voulut lui aussi contrôler les effets annoncés, et après s'être servi tout d'abord de l'huile grise suivant la formule de Neisser, il répéta les mêmes essais avec celle que lui prépara M. Gay (6). Cette dernière lui parut supprimer complètement les douleurs qu'il avait remarquées avec la première, et, d'après les quelques cas soumis à son observation, il conclut que cette méthode méritait réellement d'être appliquée tant à cause de son efficacité thérapeutique que de sa rapidité d'action.

A ces recherches méthodiquement faites il faut ajouter quelques essais isolés accomplis par divers médecins, et qui n'ont pas figuré dans des publications spéciales.

A l'étranger il y a eu aussi certains travaux parmi lesquels il convient de citer ceux de Harttung et de Lindstræm.

Ces études démontrent réellement que la méthode des injections d'huile grise est à même de rendre des services dans le traitement de la syphilis, par sa rapidité d'action, par son application facile chez les personnes qui tiennent à cacher leur maladie. Mais elle a des inconvénients très sérieux. Nous laissons de côté les douleurs qui se rattachent à la piqûre (pénétration de l'aiguille, et action immédiate du mercure sur les tissus); elles sont assez légères, surtout si on se sert de l'huile grise préparée suivant la formule de M. Gay.

Ceux mêmes qui sont dus à une mercurialisation intense sous l'influence d'une dose trop massive, peuvent être en grande partie évités lorsque la quantité injectée n'est que de 5 à 7 centigrammes tous les huit ou dix jours.

Mais on a cité des cas de mort, des cas avec abcès locaux, avec embolies pulmonaires provenant de la pénétration de l'huile dans une veine. Pour ces motifs M. le professeur Fournier (7) se refuse à admettre cette méthode dans le traitement de la syphilis, à l'appliquer indistinctement chez tous les malades.

« En ce qui nous concerne pour l'instant (car n'oublions pas que nous sommes toujours à la recherche d'une méthode thérapeutique applicable au traitement de la syphilis en général) nous pouvons être absolus et dire en toute assurance, non la pratique des injections mas-

<sup>(1)</sup> BALZER et REBLAUD. Bull. méd., 1888.

<sup>(2)</sup> BRIEND. Thèse de Paris, 1888.

<sup>(3)</sup> HIRTZ, Soc. méd. des hôpitaux, 1889.

<sup>(4)</sup> HUOT. Injections mercurielles massives (Thèse de Montpellier, 1890).

<sup>(5)</sup> BROUSSE. Gazette hebd. des sc. méd. de Montpellier, 1891.

<sup>(6)</sup> GAY. Gazette hebd. des sc. med. de Montpellier, 1891, nº 23.

<sup>(7)</sup> Traitement de la syphilis.

sives n'est pas ce qui convient. Pour toutes les raisons susdites elle ne saurait être agréée en tant que méthode usuelle, courante, en

tant que traitement de longue haleine. »

Néanmoins il ne la rejette pas tout à fait; quelques lignes plus haut nous lisons : « Est-ce à dire que cette méthode ne soit absolument bonne à rien, qu'il n'y ait rien d'utile à en tirer, qu'il faille la proscrire, la reléguer hors du cadre thérapeutique ? Non, car, ne l'oublions pas, elle est susceptible d'effets puissants. Elle peut donc trouver ses indications. Je lui en vois deux immédiatement, à savoir : les cas où tout autre traitement ayant échoué elle constitue une ressource suprême; et ceux où il conviendrait comme dans un cas de syphilis cérébrale très grave, de frapper un grand coup à brève échéance. Peutêtre encore certaines manifestations malignes seraient elles appelées à en bénéficier. L'expérience nous renseignera sur ces divers points. »

Les trois faits que nous allons exposer nous paraissent intéressants à ce sujet. Comme M. le professeur Fournier le laisse supposer, et comme d'ailleurs les travaux que nous avons parcourus nous l'ont appris, les injections d'huile grise n'ont pas encore été mises à profit contre telle ou telle manifestation particulière, contre telle ou telle localisation de l'infection. Il y a donc là une lacune importante à combler, afin d'être à même de mieux connaître tout ce qu'elles peuvent donner.

C'est sur ce terrain uniquement que nous nous sommes placés en enregistrant ce qu'elles ont produit chez nos trois malades atteintes d'accidents nerveux et plus spécialement cérébraux. Nous avons laissé de côté l'action curative qu'elles ont pu exercer en même temps sur la syphilis en général; les sujets se sont soustraits trop rapidement à notre examen pour la bien apprécier.

Céphalée intense syphilitique, datant de cinq mois; guérison rapide par les injections d'huile grise.

R..., Pauline, âgée de trente-cinq ans, venue à l'hôpital dans le service de M. le professeur Grasset, le 4 mars 1893.

La santé de sa mère aurait été toujours bonne. Quant à celle de son père, la malade émet quelques doutes; à cause de sa conduite irrégulière, elle le rendrait facilement responsable des accidents que nous signalerons plus loin.

Elle est la plus jeune de la famille. Le frère et les deux sœurs nés avant elle n'ont jamais offert aucune manifestation syphilitique.

Dans son jeune âge, nous devons signaler un état scrofuleux notable se traduisant par une hypertrophie de la lèvre supérieure, des adénites cervicales légères ; à un certain moment il serait survenu des symptômes de méningite.

A quinze ans, la menstruation s'établit, et deux mois après apparaissent des attaques comitiales qui se répètent jusqu'à trois et quatre fois par jour. Comme traitement elle est soumise au bromure de sodium, et elle en prend des doses massives. L'amélioration ne tarde pas à survenir; mais quelque temps après on voit son visage se couvrir d'une série de boutons; pareille éruption envahit également les membres. Ces boutons, d'après les détails qui nous sont donnés, offraient l'aspect de gros furoncles. Ils furent mis sur le compte des doses élevées de bromure de sodium.

Durant trois ans, sous l'influence du traitement dont nous venons de parler, les attaques cessèrent. Puis lorsqu'elles reparurent, leur fréquence ne fut jamais aussi grande comme au début. Ce n'est que par intervalles de 4, 5, 6 mois qu'elles éclataient. Il convient d'ajouter qu'afin de retarder ce retour la malade avait soin de prendre assez souvent du bromure. Ces attaques ne se reproduisaient pas toujours d'une manière identique. Tantôt elles ne consistaient qu'en une simple déviation du visage vers le côté gauche, sans perte de connaissance, et tantôt, après avoir ainsi amené cette rotation de la tête, elles se terminaient par l'ensemble des phénomènes toniques et convulsifs de l'épilepsie ordinaire avec abolition de la conscience.

Elle se marie à vingt-sept ans ; jusqu'à ce moment elle aurait été domestique. Il survient bientôt une grossesse qui permet de découvrir un degré accentué de rétrécissement du bassin ; l'enfant, quoique n'étant pas tout à fait à terme, est retiré avec beaucoup de peine, et après embryotomie.

C'est environ cinq mois avant son admission à l'hôpital qu'éclate pour la première fois une *céphalée* intense présentant des exacerbations nocturnes.

Il y a deux mois cette femme supporte pendant quelque temps un froid assez intense aux pieds. Par suite de cette imprudence, comme elle était en pleine période monstruelle, le sang s'arrête, et les jambes deviennent le siège d'un œdème notable accompagnéd'une éruption discrète. Ces phénomènes s'amendent au bout de trois à quatre jours, tandis que la céphalée atteint une acuité plus grande.

État actuel. — 5 mars. Cette malade est un peu amaigrie. Sur plusieurs points du corps nous découvrons des cicatrices anciennes, superficielles, laissées par les furoncles. En outre, sur la face interne des deux genoux, d'une manière symétrique, elle offre deux plaques, plus larges qu'une pièce de cinq francs, à bords festonnés, d'une couleur cuivrée, avec quelques points vers le centre d'une teinte foncée. Ses cheveux depuis quelque temps seraient tombés en assez grand nombre. Ganglions inguinaux gros, et devenant douloureux par la marche.

Elle se plaint surtout d'une céphalée très vive, augmentant encore la nuit, et qui n'a pu être atténuée jusqu'à présent par aucun des calmants ordinaires. Elle s'accompagne parfois de vomissements.

Depuis un an aucune attaque n'est survenue; il est vrai que de temps en temps la malade prend d'elle-même du bromure.

Cette céphalée est mise sur le compte d'une syphilis de date assez récente, bien que la malade semble vouloir faire considérer tous les accidents qu'elle présente comme héréditaires.

Trailement. On prescrit des frictions mercurielles et 2 grammes d'iodure de potassinm.

10 mars. La céphalée persiste encore. Aux frictions mercurielles on substitue une *injection hypodermique* d'huile grise préparée suivant la formule de M. Gay (1).

Mercure	20	grammes
Lanoline	5	
Vaseline liquide	35	-

Chaque centimètre cube contient donc 50 centigrammes de mercure; mais comme on n'injecte à la fois que 2 à 3 divisions de la seringue de Pravaz, la dose administrée n'est guère que de 5 centigrammes.

Le 15, c'est-à-dire cinq jours après cette première injection d'huile grise, la malade est entièrement débarrassée de sa céphalée qui avait peu à peu diminué depuis l'institution de ce traitement et a pu passer une nuit très tranquille. La dose d'iodure de potassium prise chaque jour est maintenant de 8 grammes.

Le 17, la malade, se considérant guérie, demande à sortir. Afin de maintenir cette guérison elle accepte, sur nos recommandations, de venir recevoir de temps en temps de nouvelles injections.

Le 24 mars, le 31 mars et le 7 avril — 2°, 3° et 4° injections d'huile grise. La céphalalgie n'a pas reparu. L'iodure, qui avait fait naître de nombreux boutons d'acné, est suspendu depuis plusieurs jours.

Le 27 avril, cette femme se plaint de nouveau de céphalée depuis deux jours. Cette réapparition lui fait comprendre la nécessité de continuer encore le traitement qu'elle voulait essayer d'interrompre. Elle vient demander la 5° injection d'huile grise.

Le 28, disparition de la céphalée.

12 juin. Par intervalles un peu irréguliers, la malade reçoit de nouvelles injections. Jusqu'à présent le mal de tête n'a pas reparu; nous pouvons en dire autant des attaques épileptiformes, et afin de mieux juger l'effet du traitement sur ces derniers troubles, nous lui avons prescrit de ne plus prendre de bromure.

Syphilis cérébrale caractérisée par des attaques épileptiformes, et divers troubles intellectuels graves. Guérison rapide par les injections d'huile grise.

V..., Justine, âgée de vingt-trois ans, domestique depuis quatre ans, admise dans le service de M. le professeur Grasset le 7 février 1892.

Son père aurait un tempéramment nerveux. La santé de sa mère serait frêle.

Dès son jeune âge elle a éprouvé à plusieurs reprises de la céphalalgie. A seize ans, la menstruation s'établit et elle entraîne à chacune de ses apparitions une certaine fatigue.

Le 5 février dernier elle commence à éprouver du mal de tête, de l'anorexie, de l'irritation sur les bords de la langue, des douleurs dans la partie

(1) V. pour la préparation la Gazette hebdomadaire de Montpellier, 1891, nº 23, et pour les précautions à prendre dans l'injection, Balzer et Thiroloix, Médecine moderne, 1890

interne des cuisses. Elle attribue ce malaise à la cessation prématurée de son flux menstruel causée par une imprudence légère.

État actuel. — 8 février. Constitution très robuste. Visage rouge. Cette fille se plaint de lassitude, d'uue douleur profonde au-dessus des genoux, que la pression n'exagère pas, et qu'aucune modification perceptible n'explique suffisamment. Il y a perte de l'appétit. La langue est blanche, saburrale, et présente sur les bords et vers la pointe des ulcérations très superficielles; la muqueuse buccale sur la face interne des joues offre des lésions semblables.

Comme état mental elle montre de l'hébétude, une certaine apathie, et des crises rappelant assez étroitement celles de l'épilepsie. Nous avons pu analyser nous-mêmes les phénomènes qui les constituent. D'abord le visage devient pâle, et cette pâleur semble coïncider, d'après ce que nous rapporte la malade, avec le développement de douleurs vives dans tout le corps, d'une sensation de raideur intense du côté des membres.

Cette raideur est parfois tellement vive qu'elle lui arrache des cris. Néanmoins tous ces phénomènes ne paraissent être que subjectifs, puisqu'il est facile de communiquer aux membres divers mouvements, de leur donner différentes positions.

La sensibilité est très diminuée; les piqûres ne sont nullement douloureuses, et cette fille peut au moment des paroxymes déchirer la peau des mains avec ses dents sans éprouver aucune souffrance. La peau est le siège par contre de fourmillements.

Elle éprouve une sensation de constriction au ventre, à la poitrine et au larynx. Dans son visage nous remarquons une série de mouvements bizarres.

Cet état dure parfois plusieurs heures, avec des augmentations et des diminutions. Lorsqu'il cesse, la motibilité et la sensibilité reviennent peu à peu à l'état normal. Pendant ces crises la malade continue à parler, à raconter ce qu'elle éprouve, donne des détails très précis sur sa vie passée; mais la crise terminée elle ne se rappelle pas de ce qui s'est passé, de ce qu'elle a dit, ou du moins elle se le rappelle très vaguement.

Sept à huit jours après son entrée, survient une attaque d'une ressemblance plus grande avec les crises épileptiques: on note une perte de connaissance absolue, un visage cyanosé, des contractures dans les membres, et la morsure de la langue. Le calme reparaît assez vite.

Les jours suivants la malade présente un ensemble de phénomènes identiques à ceux que nous avons indiqués tout d'abord, et elle reste dans cet état à peu près constamment; de temps en temps il s'y ajoute une crise complète d'épilepsie. En outre, il lui arrive assez souvent de salir le lit, par les urines, et des selles inconscientes. Commetraitement on essaye le bromure de sodium et le borate de soude donnés simultanément.

Mais aucune amélioration n'est obtenue. Le 21 mars nous sommes fortement frappés par la chute rapide des cheveux sans qu'il soit possible de découvrir une maladie parasitaire. Ceci rapproché des rares taches rouges qui avaient été constatées sur quelques points du corps, devient une présomption importante au point de vue de l'existence de la syphilis, bien que la malade nie tout ce qui pourrait encore mieux confirmer ce diagnostic; à vrai dire, avec les détails qu'elle nous a fournis nous n'avons pu

découvrir le point d'inoculation.

Quoi qu'il en soit, la malade reçoit la première injection d'huile grise, à dix heures du matin, et les divers autres médicaments sont supprimés. Déjà dans la soirée, on remarque un changement profond dans son caractère. Elle ne montre plus de l'apathie, de l'hébétude; elle se met à tra-

Les jours suivants, cette amélioration persiste, et de plus la malade est entièrement débarrassée des accidents épileptiformes.

Les injections d'huile grise sont répétées tous les quinze jours et cette fille sort le 31 mai, se sentant complètement guérie. Son état mental n'offrait plus aucun trouble.

Syphilis cérébrale se manifestant par de petites attaques épileptiformes, et quelques symptômes de démence. Guérison rapide par les injections d'huile grise.

J..., Marguerite, âgée de trente-huit ans, vendeuse de citrons dans les rues, admise à l'hôpital, service de M, le professeur Grasset, le 6 avril 1893. Mariée à l'âge de seize ans, elle n'a jamais eu d'enfants, ni fait de fausses couches. Signalons un amour exagéré des boissons alcooliques.

A la fin de décembre 1892, elle commence à éprouver une sorte de tremblement dans les membres inférieurs, des vertiges, de la céphalalgie légère. Puis il est venu s'y ajouter de véritables crises, caractérisées par les phénomènes suivants : elles s'annoncent d'abord par du mal de tête, et de la raideur dans le dos; la malade cherche alors à s'asseoir afin d'éviter de tomber, et le plus souvent elle a le temps de prendre cette précaution. Ensuite le dos, le cou se raidissent davantage, le visage est tourné à droite, les yeux deviennent saillants, le vertige augmente, la connaissance disparaît, et, si cette femme n'a pas eu soin de se donner un appui, elle s'affaisse. Il n'y a pas de grands mouvements. La crise est de courte durée, et une fois terminée elle laisse une grande lourdeur de tête.

Ces accidents se produisent le plus fréquemment le jour, lorsqu'elle commence à marcher; ils ont eu lieu deux ou trois fois la nuit.

A son entrée, ils continuent à se manifester. Nous remarquons en outre chez cette femme un état d'esprit tout particulier; elle répond d'une manière vague aux questions, semble même comprendre difficilement ce que l'on lui demande; certains souvenirs importants sont oubliés en grande partie. Elle a un air imbécile.

La vue est trouble, et quelquefois il y a de la diplopie. Notons aussi des sifflements dans les oreilles. Ses cheveux, spécialement à la partie supérieure de la tête, sont rares, fins et courts; elle attribuerait la perte de sa chevelure à l'habitude qu'elle a de mettre des corbeilles sur ce point.

Sommeil bon. Nous ne trouvons pas d'autres signes pouvant servir encore à asseoir le diagnostic de syphilis. Néanmoins, étant donné son genre de vie particulier, et le caractère spécial des accidents, cette affection paraît très probable, de telle sorte que M. Grasset se décide à essayer le traitement spécifique.

17 avril. Première injection d'huile grise.

ANN. DE DERMAT. - 3º 81º. T. IV.

25 avril. Les attaques ne se reproduisent plus, mais il reste de la faiblesse dans les jambes et c'est par crainte de tomber en se levant que cette femme salit son lit, il y a deux ou trois jours. D'ailleurs elle garde encore de l'hébétude.

9 mai. Pas d'attaque nouvelle, mais elle fait tous ses besoins dans le lit, perd l'urine en marchant; l'intelligence diminue, la mémoire semble très compromise. Bref, on dirait qu'elle s'achemine vers la démence complète. Deuxième injection d'huile grise.

Le 17. On note que depuis cette injection il s'est fait une rapide trans-

Dès le lendemain le lit n'était plus souillé par les matières, l'hébétude disparaissait, les réponses étaient données avec plus de précision et de facilité.

En ce moment la malade ne se plaint que d'une légère raideur dans les mollets et dans les creux poplités, ce qui la gêne pour se baisser; elle ne voit plus de brouillard devant ses yeux, elle n'éprouve plus de la diplopie. La mémoire tend à revenir très complète. Elle travaille dans la journée.

Le 18 Troisième injection d'huile grise.

Le 26 Il n'existe plus aucun trouble. Elle sort se croyant tout à fait guérie.

Ces trois observations nous paraissent établir l'action rapide de l'huile grise. Dans la première, en effet, nous voyons la céphalée diminuer en intensité, dès que l'injection a été pratiquée, et puis disparaître entièrement au cinquième jour; il semble que les crises comitialiformes, de date bien plus ancienne, ont été aussi heureusement influencées; mais nous n'osons pas l'affirmer d'une manière absolue, cette femme ayant été suivie durant une période de quelques mois, qui a pu coïncider avec une rémission au point de vue des attaques.

Dans la seconde et la troisième observation l'amélioration s'est montrée encore plus frappante, puisqu'elle a suivi de très près l'injection

Si ces faits par leur petit nombre n'autorisent pas une conclusion ferme, ils militent cependant beaucoup en faveur de cette nouvelle méthode. D'une part les avantages qu'ils démontrent sont très grands; il est possible de mettre fin très vite à des troubles graves, en ayant recours à un mode d'administration de mercure rapide et assez facile. D'autre part, nous n'avons pas remarqué d'inconvénients; il n'y a pas eu de stomatite grâce au gargarisme, ou plutôt grâce aux doses moyennes de 5 à 7 centigrammes; il n'y a pas eu non plus de phénomènes généraux alermants, d'embolies pulmonaires; ils sont d'ailleurs tout à fait rares, lorsqu'on s'entoure des diverses précautions recommandées.

Le seul ennui que nous avons remarqué était constitué par la douleur due à l'introduction de l'aiguille. C'était là ce qui causait de la répugnance pour les piqûres chez ces malades.

En somme, les inconvénients qui résultent de ces injections sont le plus ordinairement inappréciables, tandis que les avantages qu'elles procurent nous paraissent très importants. Elles permettent d'arriver à la guérison de manifestations cérébrales d'une manière sûre et surtout rapide.

A cause de cette action très prompte, nous irions même volontiers jusqu'à conseiller leur emploi comme moyen de diagnostic, chez des sujets présentant des phénomènes graves, épileptiformes, comateux ou autres, dont la nature est un peu obscure, et qui cependant exigent, pour conjurer le danger, une intervention immédiate. Ces injections, d'après ce que nous avons observé, semblent devoir être utiles dans ces cas pour trancher la difficulté, grâce à la grande puissance dont elles jouissent.

C'est là, à notre avis, un vrai motif de supériorité de cette méthode sur celle des frictions qui jusqu'à présent était seule en honneur à ce point de vue. Avec les frictions, l'absorption du mercure est plus lente, plus incertaine ; des expériences comparatives ont bien mis en relief cette différence.

Afin de les réaliser, Linden (1) a recherché cette substance dans les urines de malades qui recevaient les uns des frictions, les autres des injections d'huile grise, de salicylate de mercure. Il a pu se rendre compte ainsi de la rapidité de diffusion que donnaient ces deux méthodes. Or il a vu constamment, qu'avec la dernière, ce corps s'éliminait par les reins après un temps bien plus court, ce qui démontre donc qu'il arrive dans les organes d'une manière plus prompte, et aussi plus abondante.

Ces constatations nous font comprendre pourquoi il est légitime de lui donner la préférence.

Pour conclure nous dirons donc que, d'après nos trois faits, les injections d'huile grise paraissent avoir une utilité très grande dans la thérapeutique de la syphilis cérébrale, et à cause de leur rapidité d'action peuvent servir en cas de besoin à préciser un diagnostic douteux.

<sup>(1)</sup> LINDEN Untersuchungen über die Resorption und Elimination des quecksilbers. Supplément aux Arch. f. Dermatologie u. Syphilis, 1892, nº 2, p. 226.

# REVUE DES SOCIÉTÉS SAVANTES

# SOCIÉTÉ DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE DE MONTPELLIER

Séance du 19 avril 1893.

## Gale et néphrite aiguë.

M. Botnézat rapporte l'observation d'un homme de 21 ans, atteint de gale depuis 4 mois; en raison de l'extension considérable des lésions pustuleuses, le malade n'est pas soumis au traitement classique de la gale : on lui donne seulement des bains amidonnés; six jours après son entrée à l'hôpital, on constate un léger œdème des paupières et des jambes, que l'on attribue à une lésion cardiaque en raison de l'existence d'un souffle mitral; les jours suivants l'œdème augmente, on constate la présence de l'albuminurie, 6 et 7 grammes par litre; la température varie entre 39° et 39°,6; quatre jours après le début de l'œdème, neuf attaques d'urrèmie à forme convulsive; la température redevient normale, l'albuminurie tombe à 2 gr. 5 par litre. Sous l'influence des bains, la gale s'améliore, mais les urines sont toujours légèrement albumineuses (40 et 60 centigrammes par litre).

L'auteur n'hésite par à attribuer cette néphrite à la gale; il la rapporte à une infection microbienne d'origine cutanée dont la localisation rénale a été favorisée par les excitations cutanées résultant de l'existence de la gale.

M. Baumer pense qu'une néphrite aussi intense est probablement un réveil d'une néphrite chronique, sous l'influence de la lésion cutanée et peut-être du refroidissement produit par les bains.

M. Brousse ne croit pas à l'existence antérieure d'une lésion rénale, ni à l'influence des bains ; il attribue le rôle prépondérant à l'infection (1).

GEORGES THIBIERGE.

#### SOCIÉTÉ VIENNOISE DE DERMATOLOGIE

Séance du 11 janvier 1893.

Présidence du professeur Neumann.

#### Uréthrite avec arthropathies et myopathies.

M. Lang présente un homme atteint d'uréthrite aigue qui, à son entrée à l'hôpital, avait aussi une arthrite du genou de chaque côté. En même temps, les muscles sterno-cléido-mastoïdiens et trapèzes étaient très sensibles. Cette sensibilité disparut au bout de 15 jours, mais il survint une

<sup>(1)</sup> D'après le Nouveau Montpellier médical, 6 mai 1893, p. 345 et 353.

raideur croissante de ces muscles et les vertèbres cervicales devinrent douloureuses à la pression. Les mouvements d'inclinaison de la tête étaient possibles, mais non ceux de rotation, ce qui indiquait une affection de l'articulation de l'atlas et de l'axis. Aujourd'hui, l'état s'est amélioré, mais les mouvements forcés de rotation de la tête entraînent l'une des épaules.

#### Alopécie en aires.

M. Ehrmann présente un jeune homme affecté d'alopécie en aires, qu'il traite depuis fin mai. Il avait sur le sommet du crâne une partie complètement glabre, semblable à une tonsure. Sous l'influence du courant faradique, les cheveux repoussèrent, plus régulièrement d'abord au point d'application de l'électrode, ce qui doit tenir à la plus grande intensité du courant en ce point. Sur les autres régions, les cheveux commencèrent par former un réseau comprenant des aires qui se comblèrent ensuite. C'est le deuxième cas où ce mode de pousse des cheveux se soit produit par l'action d'un courant de faible intensité. Cela indiquerait que les aires correspondent effectivement à la sphère d'un petit rameau nerveux.

NEUMANN. — Il serait important de savoir si le courant faradique favorise la croissance des cheveux. On comprend qu'une alopécie en aires guérisse d'elle-même chez un jeune homme dont la calvitie n'affecte que des parties isolées. Mais il n'est nullement question d'une pareille pousse

de cheveux chez des personnes plus âgées.

Ehrmann croit que le courant faradique stimule la croissance des cheveux. Il l'a employé chez un malade dont tout le cuir chevelu et les arcs sourciliers étaient glabres; les cheveux et les sourcils repoussèrent et ici encore en premier lieu, aux points où la densité était la plus forte. Mais la croissance des cheveux chez un adulte n'est pas la même que chez un individu jeune; beaucoup de processus pathologiques entrent en voie de régression plus facilement chez l'enfant que chez l'adulte. Il n'en est pas moins très utile de pouvoir abréger le temps pendant lequel la tête est chauve. Peut-être le courant faradique réussira-t-il mieux chez les jeunes sujets que chez les adultes. Jusqu'ici, il n'a traité qu'une personne âgée de plus de 50 ans ; elle n'avait qu'une très petite alopécie qui fut guérie par le courant faradique.

#### Ossification irrégulière du crâne.

M. Lang présente un homme dont le visage est d'une conformation étrange. Il semble que le crâne ait été fendu puis recollé d'une façon vraiment homérique. Mais ici il n'est pas question d'une blessure, du moins pendant la vie extra-utérine. La partie droite du front, ainsi que les os eux-mèmes sont déprimés, la peau sus-jacente est atrophiée, les cheveux manquent et l'arc sourcilier est aussi déprimé. Les poils poussent beaucoup moins sur la partie droite de la face que du côté gauche. Tout le côté droit de la face est atrophié. Le malade raconte que sa mère aurait remarqué, 15 jours après sa naissance, que l'un des côtés de sa tête était tout à fait mou et déprimé. Il a dû par conséquent, y avoir ici un arrêt de développement intra-utérin. Il n'y a du reste ni altération de l'intelligence, ni troubles de la sensibilité.

M. Kaposi croit qu'il s'agit peut-être d'une ossification irrégulière.

M. Hochsinger remarque que l'on trouve çà et là chez les nouveau-nés des lacunes d'ossification, par exemple sur le frontal, parfois linéaires et parallèles. Dans l'ossification ultérieure, il doit rester en ces points des dépressions osseuses de ce genre. Le parallélisme des sillons dans ces cas serait en faveur d'une telle origine.

M. Lang est d'avis que cet état doit se rattacher à une action mécanique qui s'est exercée sur presque toute la moitié de la face, car la lèvre

supérieure et le maxillaire inférieur sont eux-mêmes affectés.

M. Hochsinger fait remarquer que ces lacunes d'ossification résultent de traumatismes par les cordons amniotiques.

## Comédons de la région périanale.

M. Lanc présente un jeune homme ayant des comédons autour de l'anus, les follicules, de la grosseur d'un pois à celle d'un grain de plomb, sont disposés des deux côtés; il n'y a pas de comédons sur la face.

## Psoriasis papillaire fongoïde.

M. Kaposi montre un moulage pris sur le malade qu'il a présenté il y a peu de temps à la Société comme atteint de psoriasis papillaire fongoïde. Le moulage qui n'a été pris que 4 ou 5 jours après le début du traitement ne représente plus les lésions avec l'intensité du début. La face était couverte de nodules dont la grosseur dépassait celle d'une noisette, très proéminents et recouverts pour la plupart de croîtes rupiformes. Entre ces nodules il existe des plaques de la dimension d'une lentille et d'une pièce de vingt centimes, surtout nombreuses sur le dos, les avant-bras et les mains, les jambes, la plante et la face dorsale des pieds, quelques-unes de l'étendue d'une pièce d'un franc, et d'une pièce de cinq francs en argent, nettement limitées, formant une saillie en forme de champignon, avant l'aspect d'efflorescences glandulo-papillaires après l'enlèvement des croûtes; fendillement des croûtes et odeur fétide provenant de l'exsudat décomposé. Le front, le nez et la lèvre supérieure donnaient l'impression d'une lèpre tubéreuse. Entre ces nodules, excroissances du volume d'une lentille; sur le front, taches plus petites, pâlissant sous la pression du doigt, avec de minces squamules. Sur l'abdomen, les fesses et la partie supérieure des cuisses, petites folliculites et taches peu étendues qui ressemblent absolument au psoriasis. Aussi l'orateur ne porta-t-il le diagnostic de psoriasis. qu'en raison de ces dernières. Les excroissances glandulo-papillaires, qui ne se développent d'ordinaire qu'à la suite d'une longue durée du processus, présentent ici une forme de développement plus aigu. Ce malade est un ivrogne. Hebra a fait remarquer autrefois que des carcinomes pouvaient résulter des cas de ce genre.

L'orateur ne croit pas qu'il en soit ainsi dans ces cas. Croyant qu'il s'agissait uniquement d'une prolifération excessive d'efflorescences résultant uniquement d'un prolongement du corps papillaire avec transformation de celui-ci en détritus, il a d'abord institué un traitement local. Le malade avait des douleurs très aiguës, notamment au niveau du tibia gauche, sur lequel il avait reçu un coup de pied de cheval. Il appliqua un

simple pansement compressif avec emplâtre salicylé saponifié, mais absolument rien qui pût avoir une action spécifique ; il le fit baigner (éventuellement avec addition de sel de Darkan), et laver dans le bain avec du savon. Les plus grosses efflorescences s'effacèrent en 15 jours; il s'accumula moins d'épiderme et celui-ci devint plus ferme. Le front et le cuir chevelu n'eurent finalement plus besoin d'être traités, on employa l'acide pyrogallique sur le dos et le thorax; enfin le malade put très bien marcher et la face fut complètement débarrassée. Le malade avait un

appétit extraordinaire et buvait beaucoup de cognac.

Dans l'intervalle avait eu lieu quelques éruptions aiguës, présentant les caractères d'un psoriasis aigu, qui ont disparu également par l'emploi de l'acide pyrogallique. Pas d'albumine dans l'urine. Le 4 décembre, il commença à tousser, il eut de la fièvre, des points de côté; le 5, pneumonie du côté gauche au début, véritable pneumonie grippale avec petits foyers tubulaires dans le lobe inférieur, qui se resorbèrent ensuite; il resta un catarrhe bronchique qui s'étendit à droite; le cœur devint de plus en plus faible malgré la régression des symptômes pulmonaires et le malade succomba le 18 décembre. On pouvait se demander si la pneumonie ne se rattachait pas à l'affection cutanée. Mais d'ordinaire ces pneumonies à infarctus évoluent tout autrement, il se produit en général de grands foyers lobaires. Mais il y avaitici de petits foyers distincts, l'appétit fut excellent jusqu'aux deux derniers jours. Il y avait en ce moment, à Vienne, une épidémie de pneumonie grippale, et le caractère de la pneumonie de ce malade correspondait à la marche typique. L'autopsie n'a pas été faite.

NEUMANN demande s'il n'y aurait pas une relation entre ces pneumonies graves et le psoriasis. Il se rappelle un cas de psoriasis généralisé aigu du temps d'Hebra, où la peau était d'un rouge d'écrevisse; de cette peau rouge on pouvait détacher des lamelles membraniformes entières. Le malade mourut de pneumonie. Chez un autre malade qui eut dans les premières années un psoriasis avec infiltrations dures, il survint un jour un psoriasis diffus accompagné d'une hyperhémie intense, de desquamation légère, de fissures dans le pli des articulations du coude et du genou; ici encore, il se produisit une pneumonie avec terminaison fatale.

#### Sarcome multiple.

M. Kaposi. — Il s'agit d'une femme de 70 ans. Ce cas rappelle celui du sarcome pigmentaire idiopathique multiple qu'il a présenté; la médication arsenicale n'eut aucun effet dans ces cas. L'arsenic n'a été non plus d'aucune utilité dans un sarcome pigmentaire qu'il a montré à la Société. Il y a quelque temps il a présenté un cas de sarcomatose cutanée et en a décrit un deuxième où des nodules plats s'étaient développés dans la profondeur de la peau, nodules qui n'étaient perceptibles qu'au toucher; ils étaient très douloureux, et ils guérirent complètement sous l'influence de l'arsenic. La malade actuelle, est entrée dans le service le 30 novembre. En avant et en arrière des deux épaules, il y avait des nodosités du tissu souscutané et du derme, de consistance analogue à de la fluctuation, dont le volume dépassait celui d'une noix, les unes rouge, bleu, les autres d'un rouge plutôt brun et rouge vif, à côté de nodosités résistantes de la grosseur d'un grain de plomb et d'une noisette; sur le sommet de l'épaule et en arrière, les nodosités se rapprochaient davantage de la forme d'un gâteau comme dans le mycosis fongoïde. Actuellement les nodosités ont beaucoup diminué de volume. On a commencé, il y a 15 jours, les injections d'arséniate de soude (0,01) et on en a fait 8 jusqu'ici. Les grosses tumeurs plates en forme de gâteau se sont toutes affaissées et ont presque disparu; la peau est ridée par-dessus. Peut-être y a-t-il une régression complète.

Il semble donc nécessaire d'établir une distinction parmi les formes de sarcomatose; le sarcome pigmentaire idiopathique muitiple ni le sarcome pigmentaire ne sont améliorés par l'arsenic, tandis que ce traitement amène la régression de formes telles que celle présentée. M. Kaposi présente encore deux malades:

#### Gomme du triceps.

1º La femme avec *gomme énorme* du triceps, dont il n'existe plus maintenant qu'une légère trace.

#### Lichen ruber acuminé.

2º La malade atteinte de lichen ruber acuminé qu'Hebra avait présentée dans l'avant dernière séance de 1892 comme un cas de pityriasis pilaire. Le processus s'est étendu depuis, il est survenu sur la face d'extension des membres et sur l'épaule de nombreuses papules qui sont devenues confluentes, de même sur la face de flexion et la face interne des cuisses, ces éruptions donnent la sensation d'une ràpe, ainsi que sur la face dorsale des doigts, sur la paroi latérale du thorax. On voit nettement comment les foyers sont déterminés par la confluence de papules isolées surtout au niveau de l'appendice xiphoïde.

L'idée que le lichen ruber acuminé et le pityriasis rubra pilaire seraient la même affection n'a pas été émise par lui le premier; Besnier et Brocq n'avaient pu non plus trouver aucune différence. Il ne peut trouver aucun symptôme permettant de les distinguer. Il ne connaît pas de cas de longue durée ayant guéri promptement sans médication arsenicale; il ne saurait les distinguer d'après l'aspect clinique. A Paris on ne diagnostique jamais un lichen ruber acuminé. De son côté il ne porte jamais le diagnostic de pityriasis rubra pilaire. Baretta lui-même, qui a fait les moulages, ne trouve aucune différence.

Lorsque Feulard, Brocq et autres ont vu ici, à Vienne, les dessins de lichen ruber acuminé, ils ont dit : c'est notre pityriasis pilaire.

M. Hebra ne croit pas que ce soit un lichen ruber. Celui-ci présente un tout autre aspect au début, dans son évolution et comme terminaison; il débute par des papules dures, partant du corps papillaire. La différence est surtout frappante sur le dos de la main.

M. Neumann avait montré aux dermatologistes parisiens le cas de Silberfeld, dans lequel il avait porté le diagnostic de pityriasis pilaire. Quand nos collègues français confondent les deux tableaux morbides et nient complètement l'existence d'un lichen ruber, cela ne répond nullement à la réalité des faits. L'orateur maintient le lichen ruber d'Hebra,

de même qu'il est absolument d'accord avec les Français pour admettre l'existence du pityriasis pilaire. La différence est dans la marche. Les petites papules miliaires indiquent le pityriasis pilaire; en outre il y a ici déjà des squames tandis que la peau est molle. Si le cas actuel est un lichen ruber, les papules deviendront plus volumineuses et il y aura infiltration de la peau. Dans le pityriasis pilaire les squames se détachent et il survient de nouvelles papules qui sont beaucoup plus molles, plus petites et sont constituées uniquement par l'épiderme, elles sont plus dures mais sur la peau qui est rouge. Les squames sont faciles à détacher avec l'ongle. Le lichen acuminé a une autre structure histologique.

M. Kaposi. — Il arrive dans le lichen ruber que les papules sont rouges en un point, plus pâles en un autre. L'infiltration ne se produit qu'après une longue durée des papules, pas encore au bout de trois mois. Dans le pityriasis rubra pilaire on observe exactement les mêmes phénomènes que dans le lichen ruber acuminé. Jusqu'ici il a toute raison de conclure que

le processus est le même dans les deux cas.

M. Neumann. — Il y a un point de repère objectif. Les altérations du corps papillaire, les vaisseaux dilatés, les proliférations de cellules rondes sur l'adventice, les modifications des follicules sont les indices palpables du lichen ruber acuminé; dans le pityriasis, le derme ne montre qu'un petit nombre de cellules de granulation, tandis que les follicules sont remplis de cellules ramifiées et que les papules ne sont constituées que par ces cellules.

M. Kaposi. — L'examen histologique n'apportera pas un éclaircissement complet, néanmoins il sera fait.

M.Hebba ne connaîtaucun cas de lichen ruber acuminé, dans lesquel il n'y ait eu quelques efflorescences de lichen plan. Celles-ci font ici tout à fait défaut.

M. Kaposi fait remarquer qu'il a le premier établi la différence entre le lichen ruber acuminé et plan, parfois seulement les a vus combinés.

M. Lang voudrait que chaque cas soit soumis à l'examen histologique.

#### Érythème iris chronique généralisé.

M. Neumann présente un homme de 56 ans atteint de cette affection et qu'il a eu en observation depuis deux ans. Il y a chez ce malade une anémie qui a augmenté progressivement dans les derniers mois (teneur en hémoglobine, 32 p. 100); il existe des callosités dures, douloureuses sur les efflorescences des articulations des doigts et des coudes.

#### Ulcère gommeux de la jambe.

M. NEUMANN présente un malade ayant sur la jambe gauche un ulcère gommeux de la dimension de la paume de la main, arrivant jusqu'au tissu musculaire. La syphilis remonte à un an et demi, syphilis précoce. Déjà il y a un an il était survenu des gommes cutanées multiples, malgré un traitement mercuriel et ioduré prolongé. Depuis 18 mois le malade a fait 50 frictions, bains de sublimé, injections de zozoiodolate de mercure, iodure de potassium, tisane de salsepareille.

A. Doyon.

#### Séance du 25 janvier 1893.

#### PRÉSIDENCE DU PROFESSEUR NEUMANN.

#### Chancre infectant.

M. Neumann présente une jeune fille atteinte d'une sclérose initiale dans la dépression anale, les ganglions inguinaux sont tuméfiés; la maladie date de 6 semaines; pas encore d'exanthème.

M. Lang a observé une fois une sclérose de ce genre dans la dépression anale, chez un homme porteur d'une syphilide manifeste. Le malade étant dans l'impossibilité absolue d'indiquer l'origine de son affection, il est possible que l'infection ait eu lieu par du papier de journal, dont on se sert dans les closets des cafés, et qui aurait été infecté par l'expectoration d'un individu atteint de syphilis du larynx, ou de plaques muqueuses de la bouche.

M. Neumann cite un cas où l'on trouva un bubon chez une malade sans découvrir la lésion primaire. Finalement l'attention fut éveillée par un écoulement purulent de l'anus, et on constata la présence sur la muqueuse rectale d'une ulcération de la dimension d'une pièce de 50 cent. La malade finit par avouer que cette lésion était le résultat d'un coït.

#### Imperforation de l'hymen.

M. Neumann présente une femme dont l'hymen est fermé. Antérieurement il a observé un cas semblable chez une jeune fille qui avait contracté une sclérose de la lèvre. Le coît rencontra des difficultés qui furent supprimées par l'incision de la cloison. Chez la malade actuelle, l'un des points d'insertion de la cloison se trouve sur le bourrelet uréthral, l'autre vers la commissure postérieure; cette dernière partie seule a la structure d'une muqueuse, l'autre celle du tégument externe. Le tout est élastique et s'allonge facilement. L'orateur rappelle que l'hymen fermé s'observe avec l'utérus bicorne.

M. Lang. — La cloison est parfois plus développée d'un côté. Il a précisément dans sa clinique une malade dont le vagin est double. La partie gauche du vagin est plus grande que la partie droite et a dû aussi probablement être fréquentée plus souvent par le coït. Des deux côtés on arrive sur un museau de tanche que l'on sent délimité par chaque vagin.

#### Sarcome pigmentaire idiopathique multiple.

M. Kaposi montre le malade qu'il a présenté il y a environ 8 mois. L'affection se distingue dès le début, de celles qui représentent le type de la maladie; l'infiltration très douloureuse, d'une dureté remarquable, donnant l'impression d'un caillot fibreux, ainsi que la couleur cyanosée l'accompagnant, existait déjà à une époque où elle ne pouvait s'expliquer, comme dans les autres cas par la présence d'un grand nombre de nodules, car il n'y avait au bord que deux nodules. En outre, ici, alors qu'il n'y avait pas encore de grosses nodosités sur les pieds et les mains, il en existait déjà en d'autres points, ainsi que des plaques d'aspect caractéristique, par exemple sur les paupières de l'œil gauche, sur l'oreille, la fesse du même côté. L'arsenic n'a jamais eu aucun effet sur ces formes, on n'a

pu que calmer des symptômes subjectifs, de telle sorte qu'actuellement le malade se trouve relativement bien. De nouveaux nodules se sont formés sur la main gauche, d'autres ont disparu. Des poussées évidentes se sont produites dans les dernières semaines. Dès sa première publication, l'orateur a exprimé l'avis que ces cas ne représentaient pas le sarcome pigmentaire proprement dit; il résulte déjà de la production d'hémorrhagies à l'intérieur des nodules, que les vaisseaux ont subi une altération pathologique. Les poussées se présentent d'une part sous la forme de petites nodosités dans le pourtour, d'autre part sous celle de foyers de la dimension d'une pièce de 5 francs en argent et plus, rouge bleu et infiltrés. En d'autres points, on aperçoit des foyers légèrement rouges et pigmentés avec infiltration tout à fait superficielle, ils ne sont pas sans analogie avec une syphilide récidivée; ces derniers ne deviendront d'un rouge foncé que dans quelques semaines, l'affection vasculaire marchant parallèlement avec les autres symptômes. Il se produit maintenant des foyers de ce genre au niveau du siège et aussi sur la face postérieure de la cuisse, sur les avant-bras, les uns sous forme de taches rouge bleu, de la dimension de l'ongle, légèrement saillantes ou tout à fait planes, les autres sous l'aspect de foyers irréguliers, dont l'étendue dépasse celle d'une pièce de 5 francs en argent, mais qui tous, dès qu'ils sont un peu plus anciens, présentent le pigment foncé provenant d'hémorrhagies.

M. Ehrmann a examiné récemment d'anciennes préparations de sarcomes mélaniques et il a constaté que le pigment est renfermé dans les cellules sous forme d'éléments sphériques, comme cela a été observé dans ces derniers temps dans les hémorrhagies cérébrales. Si on colore avec le bleu de méthyle, les globules prennent une teinte vert émeraude qui résulte de la combinaison d'une substance fondamentale colorée en bleu avec la couleur jaune vert du pigment, qui est dissous dans cette substance. Des recherches ultérieures montreront si les petites granulations pigmentaires ne sont pas aussi constituées par deux sortes de subs-

tances.

M. Neumann fait remarquer que le pigment se trouve à l'état diffus dans les cellules rondes dans la syphilis récente (papules pigmentées de la peau du front). Ces pigmentations disparaissent ensuite, contrairement aux cicatrices pigmentées, où le pigment existe à l'état granuleux dans les noyaux du tissu conjonctif.

M. Ehrmann pense que le pigmént diffus est dissous aussi dans une

substance fondamentale homogène.

M. Kaposi a voulu seulement faire remarquer que dans ces formes sarcomateuses le pigment provient d'hémorrhagies, contrairement à ce qui a lieu pour les sarcomes mélaniques proprement dits, qui sont pigmentés dès le début.

#### Carcinome développé sur une syphilide gommeuse ulcérée.

M. Kaposi. — Il s'agit d'un homme qui a eu une syphilide gommeuse ulcérée sur laquelle il s'est développé un carcinome sans qu'il soit possible de savoir s'il a eu pour point de départ une cicatrice ou les granulations. Tous les traitements ont été employés sans succès. Cependant on

ne doit pas désespérer. Il a vu, il y a quelques années, un malade ayant derrière l'oreille un carcinome médullo-épidermique développé sur une syphilis traitée autrefois par Hebra. Il fut guéri en quelques mois ; la tumeur fut enlevée couche par couche par la méthode de Landolfi, jusqu'à ce qu'on arrivât sur le cerveau. Toute la surface se recouvrit de granulations et le malade est mort deux ans après d'une entérite. Dans un autre cas le foyer fut également réduit autant que possible et le malade vécut encore quelques années. Dans un troisième cas, la moitié droite du nez fut détruite, et il ne restait que la cloison; la salive, les aliments, tout coulait au dehors ; le carcinome atteignit la lèvre, le palais. Cemalade, abandonné par les chirurgiens, guérit par l'application d'une pommade pyrogallique à 15 p. 100.

M. Lang. — Ces transformations d'affections gommeuses en carcinomes, l'apparition de carcinomes en des points où existaient des foyers syphilitiques antérieurs offrent un grand intérèt. Il a vu plusieurs cas de ce genre et il a pu suivre une fois ce développement. Mais les cas où un carcinome se développe sur la base d'une lésion initiale sont rares. Il a observé un cas de ce genre, où il fallut pratiquer l'amputation du pénis.

M. GRÜNFELD a vu cette semaine un cas analogue chez un individu qu'il avait traité en 1877 au début d'une syphilis et qui eut quelques années plus tard des plaques opalines sur la langue et la muqueuse buccale. En août 1892, ce malade revint avec un carcinome de la muqueuse buccale droite. Il est revenu cette semaine avec une récidive ganglionnaire. La muqueuse buccale ne présente rien en dehors de la leucoplasie.

Il est remarquable qu'un seul point de la joue se soit transformé en carcinome.

M. Lang fait observer que le carcinome peut survenir aussi sur une leucoplasie sans syphilis antérieure.

#### Psoriasis grave.

M. Kaposi montre le malade atteint de psoriasis qu'il a présenté plusieurs fois. Quelle que soit la médication, il apparaît des milliers de pustules, dont le développement est surtout favorisé par la présence d'une irritation quelconque. La peau n'est devenue normale sur les régions infiltrées que sous l'influence du bain continu. Toutefois quand la peau du thorax fut irritée à la suite de la macération par l'eau, elle se recouvrit entièrement de pustules en une nuit, de sorte qu'on dut retirer le malade du bain continu et se borner à des applications de pâte de zinc pendant près de deux mois. Aujourd'hui, il n'existe plus d'amas de pustules, la face et la tête sont relativement en bon état, le poids du corps a augmenté. La température est meilleure aussi et le malade pourra guérir.

#### Des altérations du sang dans les brûlures.

M. Hock. — Les globules rouges du sang présentent une poikilocytose grave, analogue aux altérations décrites par Maragliano et Castiglione, chez les cancéreux, quelques heures avant la mort. Comme Wertheimer l'a indiqué, il y a déjà un degré élevé de leucocytose, les leucocytes casophiles à plusieurs noyaux sont surtout multipliés, de sorte que le

tableau microscopique rappelle parfois la leucémie; néanmoins, dans les cas de l'auteur, le nombre des leucocytes n'a jamais atteint celui des globules rouges, même approximativement, ce qui pourrait arriver, d'après Wertheimer. Le nombre des cellules éosinophiles n'est pas très augmenté. Au début, l'auteur n'avait pu contrôler les indications de Tappeiner sur l'appauvrissement du plasma, en raison de la difficulté d'obtenir une assez grande quantité de sang sans trop d'inconvénient pour le brûlé. Depuis la publication de la méthode d'Hammerschlag, l'auteur a déterminé la densité du sang chez les sujets brûlés; en outre Spiegler et Schlesinger ont fait des recherches à la clinique de Kaposi, de telle sorte que l'auteur dispose de 16 cas. Ces déterminations sont les seules qui aient été faites sur le vivant.

Dans tous les cas, le poids spécifique du sang était très augmenté dans les premières heures et redevenait normal le deuxième jour. Le poids spécifique du sang chez l'homme sain est d'environ 1056. Dans 16 cas à terminaison fatale, concernant des sujets en très bonne santé, en majorité du sexe féminin, les nombres ont varié de 1065 à 1073. Chez une jeune fille de 11 ans, on a trouvé 1075, huit heures après la brûlure; quatre heures après la brûlure, il y avait 1073; le lendemain, 1071. Schlesinger a compté les globules rouges dans ce cas et a trouvé 7,400,000.

Il résulte des déterminations faites par l'orateur et Schlesinger que, chez les brûlés, dans les premiers temps, le sang cède son plasma aux tissus. Or, une série de recherches ont montré que le sang normal a la propriété de maintenir constante sa teneur en sérum. Le sang conserve cette propriété dans les conditions les plus défavorables, par exemple dans le choléra des enfants. Le sang des brûlés a perdu cette propriété; il cède même du plasma aux tissus. Cela doit tenir à ce que les régulateurs de cette fonction sont gravement atteints. Ce sont ou bien les corps albuminoïdes du plasma, et alors nous aurions une auto-intoxication par une subs-

tance fibrinogène, ou bien les globules rouges.

Or, on sait que chez les brûlés le sang des vaisseaux de la peau subit des températures qui, sans provoquer la coagulation, lèsent gravement les globules rouges; ces lésions se produisent, d'après Max Schulze, entre 40 et 50° et les expériences de Klebs montrent que le sang de l'oreille d'un lapin vivant peut être porté à 60° sans se coaguler. Toutefois cela entraîne la mort de l'animal, ce qui prouve que le sang est devenu impropre à sa fonction. Il faut remarquer aussi que les globules rouges ne sont pas de simples dépôts d'hémoglobine et qu'ils sont certainement altérés dans leur vitalité dans les brûlures. Il y a lieu aussi de considérer dans ces affections l'intoxication par des substances pyrogènes. Ces substances ne sont pas produites en quantité assez considérable pour provoquer par ellesmêmes une intoxication mortelle, mais ce sont des poisons violents du sang, la pyridine, l'éceoline, la turfurite, et comme tels ils sont doublement dangereux pour le sang gravement affecté. En ce qui concerne le traitement, le plus simple est de diluer le sang épaissi et Tappeiner a proposé dans ce but la transfusion de sel marin. Mais, selon l'orateur, l'appauvrissement en plasma serait un phénomène secondaire. Toutefois la transfusion est à conseiller, car elle supprime une série de troubles de la circulation qui résultent de la faible quantité de sang ellemême. On a pratiqué deux fois la transfusion dans ces derniers temps dans le service de Kaposi, une fois par injection intra-veineuse avec injection sous-cutanée consécutive, une autre fois uniquement par injection hypodermique. Le résultat momentané de la transfusion veineuse fut très bon; mais la terminaison fatale ne fut pas empêchée. Dans le cas d'injection sous-cutanée la mort eut lieu 24 heures après; à l'autopsie on trouva l'eau dans les tissus. Ceci s'explique en ce que le sang surchauffé a perdu la faculté de récupérer sa densité. Par suite l'absorption est lente et non rapide comme dans les cas où le sang a perdu du sérum par d'autres causes. Il faut donc, si l'on pratique la transfusion, la faire intra-veineuse.

Le soulagement qui résulte de cette opération est si accusé que cette intervention est justifiée en dépit du peu de chances de succès. C'est aussi un des meilleurs moyens de combattre l'anurie concomitante, et la diurèse est un facteur important si l'on admet une intoxication par des substances septiques (Lustgarten) ou pyrogènes (Reis et Freund). Lustgarten a donné l'atropine comme contre-poison contre l'intoxication par les substances de l'eschare; Hutchinson recommandait, dès 1864, la belladone dans les brûlures. En dehors de l'altération des fonctions du sang par échauffement direct, il y a certainement à considérer aussi le défaut de formation du sang qui résulte de la lésion grave de la peau et surtout du réseau de Malpighi. D'autre part on sait qu'un anémique, et un organisme dont une grande partie des globules rouges sont sérieusement lésés doit être considéré comme anémique, résiste difficilement à l'influence des diverses substances nocives provenant des eschares, même alors que la proportion d'hémoglobine est presque normale (Lesser). On sait également qu'à la suite d'hémorrhagies graves on observe une disposition à l'infection septique des plaies résultant d'opérations. En résumé, l'altération de la masse totale du sang par le surchauffement est en grande partie la cause de l'affection grave de l'organisme. Elle porte une atteinte sérieuse à la répartition des liquides, qui toutefois se rétablit plus tard. Les autres causes, irritation nerveuse (Sonnenburg), intoxication par la pyridine, etc., sont des facteurs concomitants importants, mais qui ne peuvent être mis sur la même ligne que les altérations du sang.

M. RIEHL rappelle d'anciennes recherches faites sur le sang par Kundrat. L'orateur a constaté alors dans le sang de plusieurs brûlés des modifications toujours identiques, dont on ne s'est plus occupé depuis. Les globules rouges se fondent les uns dans les autres et forment de grosses masses homogènes très visqueuses et qui oblitèrent les capillaires, par

exemple ceux de l'arachnoïde, sur d'assez grandes étendues.

M. Kaposi. — On a fait de nombeuses recherches dans sa clinique. Peutêtre serions-nous plus avancés, si l'on ne craignait pas de soustraire une plus grande quantité de sang aux personnes brûlées. On a essayé tous les traitements, mais aucun n'a donné de résultat appréciable.

M. Spiegler confirme l'augmentation du poids spécifique du sang dans tous les cas. Hier cependant, il est venu à la clinique un malade atteint de brûlures très graves, chez lequel le poids spécifique était de 1047, deux heures après les brûlures. Ce sujet est très anémique, aussi n'a-t-on pas

dosé l'hémoglobine. Dix-huit heures après sa brûlure, à un moment où, d'après Hock, le poids spécifique est toujours très élevé, il n'était que de 1048.

M. Hock fait remarquer que chez les personnes anémiques le poids spécifique est naturellement abaissé, même jusqu'à 1039. Ses chiffres proviennent d'individus bien portants avant la brûlure. On ne peut du reste tirer aucune conclusion d'un cas isolé.

A. Doyon.

#### Séance du 8 février 1893.

#### Présidence de M. Neumann.

### Traitement préventif de la syphilis.

M. Neumann présente un homme de 30 ans qu'il a traité en 1886, alors qu'il faisait des essais de cure préventive, principalement par les frictions. Le malade eut une sclérose de six semaines de durée, engorgement des ganglions lymphatiques; il fit 25 frictions, puis il vint à la consultation gratuite et subit en tout 50 frictions. Il revint au bout de 2 ans avec une plaque muqueuse sur l'amygdale droite et une infiltration des plis de l'anus. Dans l'intervalle il eut un enfant qui a aujourd'hui 4 ans et jouit d'une bonne santé. Depuis il n'est pas survenu d'autres symptômes, toutefois les ganglions sont un peu engorgés. Ce cas montre que le traitement préventif réussit parfois, sans qu'on puisse pour cela le recommander, car presque jamais il ne supprime les symptômes syphilitiques, qui ne sont que retardés.

M. Kaposi. — La question de savoir si l'on doit ou non conseiller la cure préventive est une question de principe, car on a soutenu aussi qu'elle avait une influence nocive directe, attendu que les manifestations secondaires peuvent être plus graves dans les cas ainsi traités. Ce qui s'est passé chez le malade actuel prouverait seulement que la cure préventive peut amener la guérison. Si le malade a eu une polyadénite au bout de 6 semaines, et s'il a été traité à ce moment, il ne s'agit plus d'une cure préventive. Il ne saurait être question d'une cure de ce genre qu'à un moment où il n'est pas possible de diagnostiquer la syphilis générale.

M. Neumann. — Au bout de 6 semaines, il est vrai, les ganglions inguinaux tout au plus sont tuméfiés. Toutefois le diagnostic de la sclérose n'est possible qu'après trois semaines. Il a essayé la cure préventive sur 80 malades: chez 4 seulement il n'est pas survenu d'autres accidents, chez les autres il n'a pas observé d'effet appréciable. Mais ces expériences nous montrent l'action spécifique du mercure sur le virus syphilitique. Si l'on fait des frictions à la fin de la 4º semaine, les ganglions lymphatiques diminuent de volume. L'apparition de l'exanthème a été reculée jusqu'au 160º jour, mais le plus souvent jusqu'à une période comprise entre le 90º e le 100º jour. En somme, il ne s'est pas produit d'accidents graves, plaques muqueuses sur les amygdales, dans le pli anal; dans un seul cas, malgré de bonnes conditions externes, il est survenu, après l'ablation de la sclérose et l'administration de la tisane de Zittman, un érythème syphilitique diffus sur le front, une iritis, des plaques sur les amygdales et une périostite.

Toujours est-il que le traitement préventif est une méthode que l'on ne saurait repousser d'une façon absolue.

## Excroissances papillaires sur le pénis.

M. Lang présente un garçon de 4 ans ayant des excroissances papillaires et des proliférations semblables à de la corne sur la peau du pénis.

M. Kaposi fait remarquer l'analogie avec le molluscum contagieux dans lequel il se forme aussi des excroissances papillaires de ce genre.

#### Eczéma artificiel et érythème toxique.

M. Kaposi présente une femme chez laquelle, sur la région thoracique antérieure droite, l'épiderme manque partiellement, la peau est humide. Le bras droit est très tuméfié et présente en quelques points des parties sécrétantes. Sur l'avant-bras et le bras, encore œdématiés aujourd'hui, et sur le dos de la main, vésicules transparentes, confluentes, comme dans l'eczéma artificiel aigu. Sur le bras pas d'eczéma, mais des taches érythémateuses de la dimension d'une lentille et de l'ongle, rouge bleu au centre, rouge vif sur les bords, pâlissant sous la pression du doigt. Cet érythème est confluent au pli du coude et dans la région axillaire. Sur le dos, rougeur diffuse et plaques érythémateuses. La face est œdématiée, couverte en partie de croûtelles, atteinte d'eczéma aigu. Dans le creux poplité, érythème confluent rouge bleu au centre, rouge vif aux bords; dans le pourtour immédiat, érythème maculeux, qui s'étend rapidement à la périphérie. On a donc affaire à un eczéma artificiel et à un érythème toxique. Il y a ici un double effet d'une influence nocive. L'orateur croit avoir été le premier à faire connaître qu'un érythème multiforme pouvait être provoqué artificiellement. Le symptôme essentiel des érythèmes fluxionnaires apparaissant en foyers circonscrits avec hyperhémie parésique succédant rapidement peut être produit artificiellement. L'onguent gris par exemple (contre les morpions) détermine un eczéma de la région pubienne, qui s'étend ensuite plus loin. A côté de l'eczéma, il survient aussi un érythème toxique. Aussi, dans le cas actuel, l'orateur a immédiatement songé à une préparation mercurielle (par exemple la pommade au précipité blanc). Comment doit-on interpréter cet érythème? Un érythème dû à l'antifébrine, par exemple, peut se produire, soit par résorption et action sur les vaso-moteurs, soit à la suite de l'excrétion de la substance par la peau, c'est-à-dire par action locale. Ce dernier mode paraît plus probable. Certaines substances déterminent un érythème par contact local, par exemple le naphtol, la chrysarobine, l'acide pyrogallique. L'apparition d'érythèmes sur les points éloignés peut s'expliquer, soit par action réflexe, soit par résorption et action sur les centres vasomoteurs.

M. Mracek. — Comme causes des érythèmes toxiques, Kaposi a signalé entre autres la possibilité que certaines substances soient éliminées par la peau et y exercent une action locale parétique sur les vaisseaux.

L'orateur est heureux de voir soutenir cette opinion. A côté des causes admises jusqu'ici, il faut tenir compte du fait que des toxines peuvent se développer dans le corps lui-même sous l'influence, d'une cause nocive

quelconque. Ces toxines peuvent ne pas être éliminées par les voies ordinaires, il en résulte alors une sorte d'intoxication générale: prostration, pâleur, débilité, oligurie; des érythèmes apparaissent sous l'aspect d'un érythème multiforme pouvant aller jusqu'aux variétés hémorrhagiques.

L'année dernière, à l'occasion d'un cas douteux de pemphigus foliacé, il a fait remarquer que notre collègue Freund avait trouvé une augmentation de la quantité des toxines, notamment dans les selles. Nous devions admettre qu'il y avait eu production pathologique de ces toxines, qui avaient été excrétées par la peau et y avaient déterminé une irritation.

M. Ehrmann. - Il faut distinguer deux voies de résorption, celle par la peau et celle par un foyer situé sous la peau. Les sujets chez lesquels les frictions mercurielles provoquent un eczéma et un érythème, ont aussi un érythème à la suite d'injections mercurielles. Il y a deux ans, il a observé un malade, chez lequel, après 20 frictions, il survint en quelques points un eczéma avec érythème à la périphérie qui s'étendit à tout le corps, ensuite il se développa de grosse bulles en plusieurs régions. On interrompit le traitement. Lorsque plus tard on fit des injections d'huile grise, on vit apparaître un érythème typique sans eczéma et de nouveau des vésicules en plusieurs points. Il s'agissait ici moins d'une action réflexe sur le système vaso-moteur que d'une résorption et d'une influence locale sur la paroi vasculaire. Il doit y avoir une altération des parois vasculaires. Une friction mercurielle détermine d'abord un eczéma par action locale sur l'épiderme même, puis il y a résorption du mercure, d'où résulte l'érythème. Comme l'a dit Mracek, l'érythème peut provenir aussi d'une auto-intoxication. C'est ainsi qu'une jeune fille qui se trouvait à la clinique de Neumann avec une vaginite très sécrétante, fut prise de fièvre et eut sur les mains et le reste du corps une éruption ayant la marche typique de l'érythème iris. On observe des phénomènes analogues dans la cystite ou l'uréthrite postérieure. Chez un autre malade on voyait toujours survenir un herpès iris en cas de constipation. Même chose dans les empoisonnements par les saucisses. Il a vu cet hiver une famille dont tous les membres avaient mangé de la même saucisse ; le père seul eut un érythème, n'étant allé à la garde-robe que le second jour alors que les autres avaient eu la diarrhée.

M. Neumann. — On observe divers genres d'eczéma dans les cures mercurielles. L'eczéma pustuleux résulte certainement d'une irritation mécanique et chimique exercée par le mercure sur les follicules, c'est un processus tout à fait local. Il en est de même de l'acné du goudron. Une légère friction d'onguent mercuriel détermine un érythème diffus; une friction énergique un eczéma pustuleux circonscrit. Les érythèmes toxiques sont fréquents, deux malades atteints d'affections aphteuses des muqueuses vaginale et buccale avaient un érythème chaque fois que l'affection récidivait.

Il faut signaler aussi l'action chimique de certains médicaments sur la peau, par exemple : l'acné de l'iodure de potassium, l'iode irrite les follicules en s'éliminant par la peau ; il en est de même pour l'acné bromique.

M. Karosi insiste sur ce fait remarquable, que la même substance chimique provoque localement deux processus pathologiques différents. La

friction sur la peau d'une substance chimiquement irritante détermine une inflammation, un eczéma artificiel. Mais la même substance amène en même temps, dans les vaisseaux voisins, une hyperhémie fluxionnaire active, une parésie et une dilatation des vaisseaux pendant plusieurs jours, c'est à-dire un érythème qui peut s'étendre sur de larges surfaces, processus qui n'est pas une inflammation. Le mercure est une de ces substances.

M. Ehrmann. — Peut-être cela dépend-il du point atteint par le mercure. Une fois c'est l'épiderme, et il se produit un eczéma; de là, il peut y avoir résorption par les vaisseaux lympathiques, le mercure agit alors comme venant de l'intérieur et détermine un érythème.

#### Lupus érythémateux.

M. Kaposi présente une femme atteinte de lupus érythémateux disséminé: 10 à 15 petites efflorescences sur le dos du nez, chacune avec une petite ombilication. Nulle part des masses épidermiques grasses, sèches. En quelques points taches blanches déprimées, représentant des atrophies cicatricielles. Pas de lésion sur les doigts, ni sur la muqueuse buccale, le cuir chevelu ou les oreilles.

M. Neumann a vu des malades affectés de lupus érythémateux du palais, où cependant il n'y a pas de glandes sébacées; il a soumis aussi à l'examen anatomique le lupus érythémateux du creux de la main. Certaines formes se manifestent par des foyers miliaires dans le tissu cutané. Virchow distingue dans le lupus les cas survenant en grands foyers de lupus vulgaire, et ceux apparaissant en foyers miliaires de lupus érythémateux.

## Syphilide maculeuse et plaques muqueuses.

M. Lanc présente une femme de 73 ans, atteinte de syphilide maculeuse en groupes et de plaques exsudatives des parties génitales et d'iridocyclite. La maladie remonterait à plusieurs mois. L'accident initial n'a pu être retrouvé d'une façon certaine; il y a une érosion du cul-de-sac postérieur, sans qu'on puisse y reconnaître nettement une lésion spécifique. Il n'en est pas non plus d'évidente sur les parties génitales externes. Mais il s'agit certainement d'une syphilis récente. Il y a en outre un eczéma des parties inférieures de l'abdomen, et quelques papules semblent avoir pris un caractère syphilitique; quelques-unes sont à coup sûr des papules syphilitiques. Il a vu dernièrement un malade anémique, avec lésion initiale, chez lequel le traitement ioduré provoqua une acné iodique; chaque efflorescence se transforma en pustule syphilitique. Il s'agirait ici d'une syphilide à petites papules provenant des papules eczémateuses, car on ne rencontre pas d'ordinaire une syphilide à petites papules à côté d'une roséole syphilitique. Psoriasis palmaire et plantaire.

M. GRÜNFELD. — Il s'agit ici d'un érythème des deux côtés du thorax, d'une syphilide figurée qui survient d'ordinaire dans des cas où la syphilis existe depuis plusieurs mois. Cela résulte d'une syphilide à petites papules. L'existence d'une iridocyclite est intéressante, car elle se rencontre le plus

souvent avec des syphilides à petites papules.

M. Schiff a traité, à titre d'essai, deux malades par des doses élevées

d'iodure de potassium. A côté d'une syphilide maculeuse il survint une acné iodique colossale; le traitement iodé fut interrompu; partout où il y avait eu des pustules d'acné, on vit apparaître de petites ulcérations de nature syphilitique. Répondant à Grünfeld, l'orateur fait remarquer qu'il a vu plusieurs fois des syphilides à petites papules constituer la première éruption.

M. Mracek. — On sait qu'il se développe d'ordinaire des lésions plus graves sur les points qui ont été irrités. Sur plus de 20,000 cas de syphilis qu'il a vus, il n'en est pas un seul où une syphilide à petites papules soit

apparue comme première éruption.

M. Neumann. — Que des syphilides apparaissent de préférence aux points qui ont été le siège d'efflorescences acnéiques, ce n'est vrai que pour certains cas. Dans la séborrhée grave de la face, notamment des ailes du nez, les comédons s'entourent d'une aréole infiltrée. Dans la séborrhée du cuir chevelu et du front, les efflorescences présentent aussi l'aspect syphilitique.

Le lichen syphilitique est une forme tardive. En effet quand un érythème annulaire survient en même temps, le lichen apparaît d'ordinaire sur les fesses. L'apparition des efflorescences sur la paroi abdominale est en faveur de l'existence d'un point de moindre résistance. Cela a aussi sa raison d'être quand un lichen syphilitique de ce genre survient au bout de 5 à 6 mois, il s'agit habituellement de sujets cachectiques. On trouve alors des cellules géantes à l'intérieur et autour des follicules pileux. Michelson a signalé les rapports avec la tuberculose. Chez un sujet bien portant, le lichen syphilitique n'apparaît que plus tard.

M. Ehrmann. — En ce qui concerne l'apparition précoce de la syphilide à petites papules, il faut distinguer deux variétés : les exanthèmes maculeux avec infiltration considérable autour des follicules pileux, où les papules restent après la disparition de l'exanthème et sont disposées par groupes dans le sens des plis de la peau, et la syphilide à petites papules proprement dite. Contrairement à celle-ci, les premiers ne laissent

jamais ni pigmentation ni cicatrices.

M. Lang fait remarquer à Grünfeld qu'il a dit dès le début que l'affection datait de plusieurs mois. L'iridocyclite existe depuis quelques semaines et se rattache naturellement à la syphilis.

M. Grunfeld a insisté particulièrement sur la coıncidence de la syphilide à petites papules avec l'iritis.

#### Gommes syphilitiques.

M. Neumann présente une femme de 52 ans atteinte d'érythème. Sur l'occiput la peau est rouge et tuméfiée par suite d'une infiltration limitée par des lignes sinueuses. On pourrait songer à un herpès tonsurant, à un eczéma marginé, à la syphilis; ce dernier diagnostic est hors de doute. Au milieu de la langue il y a un ulcère en forme de gouttière à bord renversé et à fond grisâtre. Toute la langue est épaissie et tuméfiée. La peau du dos est parsemée de squames nacrées comme dans le psoriasis articulaire vulgaire; taches pigmentaires isolées. Il s'agit évidem-

ment d'une gomme suppurée de la langue, tandis que les gommes cutanées se reconnaissent difficilement et seulement à l'infiltration des bords et à la couleur.

A. Doyon.

## SOCIÉTÉ BERLINOISE DE DERMATOLOGIE

Président : M. LASSAR.

Séance du 10 janvier 1893.

## Pigmentation syphilitique de la nuque.

M. G. Lewin présente une malade reçue dans sa clinique le 23 décembre 1892 avec des plaques muqueuses des parties génitales, un gonflement des glandes inguinales, des papules entre les doigts des pieds et un exanthème papulo-squameux général. En outre il y avait un psoriasis annulaire, qui guérit avec pigmentation en forme d'ailes de papillon, et était située à la contrée de la nuque, où siège ordinairement la leucodermie. Il sera intéressant d'observer si cette pigmentation en sera suivie.

#### Affections primaires de la lèvre.

M. G Lrwin présente deux malades avec des affections primaires de la lèvre. L'une d'elles montrait à sa réception une sclérose non ulcérée, un exanthème maculeux, une tuméfaction des glandes inguinales et cervicales. Tandis qu'à l'ordinaire l'affection primaire à son siège sur la muqueuse de la lèvre, s'ulcère rapidement et montre rarement, comme M. Rosenthal a démontré, une dureté très prononcée, cette dernière est très remarquable dans le cas présenté et ne montre aucun ramollissement. La diagnose fut appuyée par l'état absolument intègre des parties génitales et par le gonflement caractéristique des glandes sous-maxillaires. La seconde malade laissait voir la même tuméfaction des glandes et une érosion superficielle et molle.

#### Diabète insipide.

M. G. Lewin représente un cas qui n'a pas encore été décrit dans les traités de la syphilis : un cas de diabète insipide. La malade est une fille publique. Née en Amérique, elle vécut quelque temps en Espagne et vint plus tard en Allemagne. Étant enfant elle était scrofuleuse et avait à souffrir de gommes multiples. Plus tard elle acquit la scarlatine, la diphthérie et une affection des articulations, par suite de laquelle on lui fit des injections de morphine à grosses doses. Ensuite elle passa quelque temps dans un hôpital, pour faire traiter, d'après son opinion, une maladie mentale. A 9 ans 1/2 elle eut pour la première fois sa menstruation qui cessait de temps en temps complètement. Au mois de juillet 1891 elle fut reçue à la Charité, où elle a été dès lors à plusieurs reprises. Elle montrait à sa première réception une roséole, des gommes de la cuisse droite et de l'avant-bras gauche, une phalangite de quelques uns, plus

tard de tous les doigts des mains et des pieds, une affection, que M. L. a vu plusieurs fois et sur laquelle il avait déjà dirigé l'attention auparavant. Les doigts étaient gonflés, d'un rouge foncé, douloureux; en outre on remarquait à l'angle gauche de la mâchoire inférieure une glande. La malade fut soumise à divers traitements; les ulcérations se fermèrent et la glande fut extirpée. En mi-mars on découvrit un diabète insipide. La quantité de l'urine est de 3,500 à 5,000 grammes, le poids spécifique 140, l'urate 0,8 pour cent. La proportion de l'acide de l'urine à l'urate de 1,40.

Quant à la cause du diabète insipide, on a cru auparavant que la polyurie est secondaire et suit généralement la polydipsie, selon une opinion surtout soutenue par Homberg. Plus tard on émit l'opinion, également quittée maintenant, qu'il s'agissait d'une lésion du nerf vague. La malade qui est ennemie de l'eau, ne prit dans le dernier temps qu'une bouteille de bière et quelques tasses de café par jour, et pourtant elle produisit une quantité augmentée d'urine. En outre on trouva dans un cas une dégénération du plexus cœliaque, et du tissu conjonctif adjacent. Quand même, il y a dans la littérature des expériences qui soutiennent cette théorie, M. L. qui à l'aide de M. Boer a fait plus de cent opérations pour d'autres buts au ganglion cœliaque, n'a jamais pu constater une augmentation d'urine. Bernard, comme on sait, a démontré qu'une lésion du quatrième ventricule à un endroit marqué produit un diabète sucré et qu'une piqure au-dessus de ce point est la cause d'un diabète insipide. Aussi a-t-on observé le dernier symptôme après des affections de la moelle épinière et après des émotions d'esprit, comme Frerichs et Oppenheim l'ont démontré. Finalement il y a dans la littérature 5 cas où la syphilis du cerveau ou de la moelle ont produit le diabète; c'est pourquoi M. L. voudrait aussi amener le cas présenté à une syphilis cérébrale. La malade a perdu beaucoup de son poids, elle est facilement fatiguée, asthmatique, mais elle ne montre nul symptôme qui ait rapport à la moelle épinière, au vague ou au ganglion cœliaque. Elle souffre de maux de tête fréquents qui la privent de sommeil. M. L. croit à une affection de la base ou du voisinage du quatrième ventricule.

M. SAALFELD a traité de la syphilis un malade d'une vingtaine d'années, qui montrait un diabète insipide dès sa première enfance. Il était intéressant d'observer que le diabète diminuait pendant les frictions mercurielles; la soif et la quantité de l'urine furent moindres. M. S. a perdu le malade de vue plus tard. Quant à la quantité de l'urine, M. S. n'est pas en état d'en dire le nombre exact, mais il croit qu'à peu près 4 litres furent produits pendant une nuit.

M. Lewin ajoute que le cas présenté laisse aussi voir une urticaire artificielle très prononcée.

#### Lichen ruber.

M. Isaac présente un malade qui a été soumis à un traitement antisyphilitique, il y a quinze mois, à la Charité, et qui a reçu dès lors aussi quelques injections. Le malade montra, lorsque M. I. le vit pour la première fois il y a quelques jours, les symptômes caractéristiques d'un lichen ruber à côté d'autres efflorescences parsemées sur le corps qui faisaient l'impression d'être syphilitiques. M. I. se souvient d'avoir vu dans le temps de son internat, dans la clinique de M. Lassar un cas pareil, et un autre dans la polyclinique de M. Heymann, dans lesquels il s'agissait d'un ensemble de lichen ruber typique et de syphilis. Tous les deux malades furent soumis à un traitement spécifique, après que l'arsenic avait été employé sans effet. Il serait intéressant de savoir si cette observation est aussi confirmée d'autre part que l'exanthème syphilitique feint un lichen ruber. Les symptòmes dans le cas présenté sont significaties: de petits nodules et de petits cercles qui, d'après un examen minutieux, se composent de toutes petites efflorescences. Le malade ne sent de prurit que quand il est échausse.

M. G. Lewin a traité un grand nombre de lichens syphilitiques, dans lesquels la diagnose différentielle était parfois très difficile. Un point important est le manque de démangeaisons. La couleur qui sert à distinguer un exanthème syphilitique d'un autre, n'est pas caractéristique. Généralement on ne réussit pas à faire disparaître l'éruption par une seule cure. M. L. traite maintenant dans la Charité, un lichen ruber qui siège aussi dans la figure et dans lequel l'arsenic, donné à l'intérieur et par des injections sous-cutanées, a manqué absolument. M. L. ne voudrait décider dans cette mauvaise lumière, si le malade est syphilitique ou non.

M. Köbner tenant compte des symptômes visibles au coup d'œil voudrait se prononcer pour la diagnose vraisemblable « lichen plan ». Avant tout, il rejette la dénomination « lichen ruber syphilitique » que M. I. semble vouloir introduire, parce que cela servirait seulement à troubler les idées. De même il est d'accord avec l'école viennoise, de bannir de même l'expression « lupus syphilitique ». De la circonstance que l'arsenic a été donné dans le cas présenté, sans aucun effet, on ne peut tirer de conclusion, parce que ce remède fait défaut quelquefois. Aussi le manque de démangeaisons ne semble pas d'importance d'après les expériences nouvelles de M. K. La raison de soutenir sa diagnose consiste en la présence des papules brillantes, comme couvertes de stéarine, des pigmentations, de l'espèce de la configuration, de la manière d'être disposées en stries longitudinales et transversales, ce qui se voit sur les côtés tléchisseurs et extenseurs et enfin des surfaces diffuses qui font l'impression comme si des milliers de papules confluaient. Quand même le malade serait syphilitique, M. K. ne voudrait abandonner sa diagnose. Du reste il a observé des cas qui souffraient en même temps de syphilis et de lichen plan, et qui se soumirent avec succès à une cure spécifique du moins quant aux symptômes syphilitiques.

M. Вызыко ne croit pas non plus qu'il s'agit de syphilis. Il effleure l'opinion prononcée de la part des Français, à l'occasion du Congrès international de dermatologie à Vienne, que la lichénification ne se fait que secondairement, c'est-à-dire artificiellement. Ce cas démontre que les choses n'en sont pas ainsi. Il n'est pas impossible que des agents extérieurs aient servi à produire le lichen plan, puisque le malade est forgeron et exposé par conséquent au feu rayonnant. M. B. a aussi observé des combinaisons de syphilis et de lichen plan.

M. G. Lewin trouve que les dénominations : roséole vulgaire et syphilitique, psoriasis vulgaire et syphilitique et d'autres, sont tellement en

usage qu'on peut très bien employer des expressions semblables pour d'autres formes nosologiques.

La ressemblance étant grande, on transmet les dénominations de types cliniques connus à ceux de la syphilis. M. L. ne voit donc pas de raison de ne pas parler de lichen syphilitique aussi bien que de lupus syphilitique. Les longues stries qui semblent être faites à l'ongle se trouvent dans les deux affections.

M. Köbner veut extirper les fautes où il les trouve, pour éclairer des choses qui diffèrent par leur genèse, leur étiologie et leur histologie. Il serait certainement d'un grand avantage si l'on évitait les vieilles dénominations et se servait pour les différents cas du substantif « syphilis » et de la forme comme adjectif. Justement, en parlant de lupus, on reconnaît facilement la contradiction, puisque nous savons qu'il est une forme de tuberculose et que nous parlons par conséquent d'une tuberculose syphilitique. En ajoutant encore un adjectif au mot lichen, cela ne servirait qu'à produire une grande confusion, car de parler, outre d'un lichen syphilitique, encore d'un lichen ruber syphilitique, ferait facilement naître l'idée que le lichen ruber est de nature syphilitique.

#### Ulcérations après combustion.

M. Goldzieher présente le malade qui avait été montré, dans la séance du mois de décembre, avec de grandes ulcérations de la cuisse après une combustion, réfractaire au traitement depuis trois ans. Le soupçon qu'il s'agissait de syphilis fut prononcé à cette occasion et la cure déjà commencée fut continuée. Toutes les ulcérations se sont fermées.

#### Sur l'hygiène des offices de barbiers.

Discussion sur la thèse de M. Blaschko.

M. Köbner remarque que les propositions positive faites par M. B. sont déjà recommandées depuis longtemps par lui-même et ont été publiées, en partie verbalement, par M. Saalfeld, son interne alors, en 1886, dans la Berliner Klinische Wochenschrift.

Pour soutenir ce qu'il vient de dire, il se permettra de lire les conclusions principales de ce travail. Quant aux petites modalités conseillées par M. B., il est bien douteux que les petits offices soient en état de s'y soumettre. Le papier chinois est perméable et salit par conséquent le linge du client, l'usage de la brosse à barbe, à ce que les barbiers disent, est déjà généralement évité; de même l'emploi de la ouate au lieu de la houppe est déjà adopté depuis longtemps, quoiqu'elle laisse assez souvent des traces sur le menton et les habits. La propre proposition d'échauder le rasoir après chaque usage dans de l'eau bouillante est bien approuvée par tous les barbiers, mais elle est impraticable pour les brosses et les peignes, parce qu'ils s'usent trop vite. M. K. voudrait encore ajouter que la meilleure chose serait d'avoir, comme il l'a toujours fait, sa propre brosse et son propre peigne sur soi ou, si on le trouve plus commode, de faire venir le barbier chez soi. M. K. voudrait savoir si réellement une augmentation des dermatomycoses justifierait la reprise de ses propositions

lesquelles avaient amené dans le temps un édit du chef de police. Malheureusement celui-ci recommanda l'usage de l'acide carbolique à 5~0/0 et trouva par conséquent une très grande opposition justifiée : Les rasoirs se gâtent et les clients se perdent par suite de l'odeur.

M. Lassar est d'avis que la police n'a pas la moindre influence sur les abus du peuple. Si les propositions n'entrent pas dans la conscience de la foule, on ne pourra rien faire. M. L. se souvient du temps où le sergent de ville entrait dans un office, pour s'informer si le barbier avait du sublimé. Et lorsque celui-ci demandait ce qu'il devait en faire, le sergent ne le savait pas lui-même. Pour cette raison, on fera bien de laisser agir le gouvernement de propre gré, s'il le veut. Le meilleur palliatif, préférable aux serviettes de papier, est de ne pas donner de serviettes du tout et de dire aux clients de prendre leur mouchoir ou de se pourvoir d'une propre serviette. Le lavage du linge cause sûrement trop de frais aux barbiers. Quant aux brosses, la classe aisée fera bien de prendre les siennes ou de faire venir le barbier; la première proposition a été déjà popularisée par Robert Koch. On trouve dans les bains publics l'affiche suivante : « On ne donne pas de brosse ou de peigne, pour éviter la transmission des maladies de la peau ».

M. Rosenthal ne se promet pas non plus un avantage de la police. La chose principale serait d'exercer dans le même sens mentionné une influence éducatrice sur les barbiers eux-mêmes et sur la foule. Lorsque M. Köbner publia en 1886 ses propositions dans le travail de M. Saalfeld, M. R. dirigea, dans son travail sur le « traitement mécanique des maladies de la peau », publié en 1887 dans les Archiv. für Dermatologie und Syphilis, l'attention sur trois sources d'infection que M. K. avait négligées : 1º les mains des barbiers, qui ne les lavent pas chaque fois après avoir servi un client ; 2º la pâte de savon qui peut être infectée quand même la brosse à barbe serait échaudée; et 3º le cuir qui peut servir à transmettre les parasites, puisque nombre de barbiers ont la mauvaise coutume d'interrompre l'acte de raser pour repasser le rasoir, s'il ne leur semble plus assez coupant. Quant aux propositions générales de M. Blaschko, alias M. Köbner, on ne trouvera rien à redire : mais il sera toujours nécessaire d'instruire les barbiers, à quelles sources d'infection ils doivent avoir égard et de leur enseigner la propreté, de la même manière que les médecins l'ont apprise. M. R. ne voit pas pourquoi M. Blaschko avait dressé une liste noire de maladies de la peau transmissibles, si ce n'est pour appuyer ses propositions. La teigne tondante se propage sans conteste dans les offices des barbiers, mais M. R. a observé nombre de cas qui se sont produits dans les bains publics, il faudrait donc diriger aussi l'hygiène publique sur cet endroit d'infection. Quant à l'impétigo contagiosa, il faut déjà faire un point d'interrogation, puisque l'affection prend de préférence les les enfants, beaucoup moins les adultes. Seulement pour ceux-ci, on peut admettre la transmission dans les offices des barbiers. La dermatite et l'eczéma après un schampoing ne seraient guère à éviter par des prescriptions de propreté, puisque ces affections sont simplement de nature artificielle. La transmission de l'acné varioliforme qui occupe généralement la frontière du front et des cheveux ne semble pas non plus tellement

sûre que M. B. l'admet. Et pour la trichorrhexis nodosa qui se trouve principalement dans la moustache et les favoris de gens qui ne se laissent pas raser du tout, on n'a pas encore trouvé de parasite jusqu'à ce jour. La syphilis se transmet, c'est hors de doute en général par le manque de propreté des barbiers eux-mêmes, qu'on aurait par conséquent bien le droit de désigner comme sources d'infection, On pourrait aussi amener sur ce point une amélioration par l'instruction. D'admettre aussi la transmission de la tuberculose par les offices des barbiers, c'est le point le plus vague des thèses de M. B.

M. SAALFELD a reçu il y a un an d'un collègue souffrant d'une trichorrhexis nodosa une brosse dont les soies avaient des nœuds. Il ne fut pas
peu étonné d'apercevoir que sa propre brosse donnait les mêmes symptômes; par le microscope ces cheveux laissent reconnaître les signes
d'une trichorrhexis dans son commencement. M. S. ne sait si ces nœuds
sont fréquents ou non.

M. OESTERREICH croit que la chose existera aussi longtemps que le public n'aura pas un sentiment bien prononcé sur la propreté. En Amérique, par exemple, il n'y a personne qui n'ait ses propres ustensiles. Il serait bien à recommander qu'on cherchât à introduire l'institution de quelques offices dans lesquels chaque client puisse enfermer ses instruments dans le tiroir d'une grosse armoire.

M. Keller rejette la proposition de M. Blaschko, que les barbiers doivent tenir à suivre un cours des maladies contagieuses. Comme la syphilis serait naturellement de ce nombre, les barbiers qui se regardent déjà assez souvent comme des spécialistes, se mêleraient encore davantage de choses

qui ne les regardent pas.

M. Lederman est d'avis que, sans les prescriptions de police, nombre de barbiers se montreraient réfractaires aux demandes fondées. On s'est convaincu qu'il est impossible de bouillir les rasoirs après chaque usage, parce qu'ils s'émoussent bientôt et se rouillent. La question la plus difficile est de désinfecter les brosses, comme on ne peut attendre que chaque client ait la sienne propre. M. L. s'est adressé pour cette raison au professeur C. Fränkel, bactériologue. Celui-ci propose de nettoyer les rasoirs avec un linge mouillé avec de l'alcool, ce qui suffirait à détruire tous les parasites. Pour les peignes, M. F. lui a envoyé une caisse construite nouvellement à ce propos qui est remplie de nitrate d'ammonium. Pour les brosses M. F recommande une solution de Salutol de 2/5 0/0 qui désinfecte bien et sent peu. Aussi n'est-il pas facile de sècher les brosses. Après les expériences de M. L. il faut au moins 8 à 10 minutes pour nettoyer une brosse, ce qui n'aide pas à faciliter la question de désinfection.

M. Вызсико [croit que la preuve est faite que la trichorrexis nodosa peut être transmise d'un homme à un autre. Il a aussi reçu un pinceau d'un collègue qui montrait les mêmes symptômes. M. B. a essayé d'en faire des cultures; mais il n'a pas encore tout à fait réussi. En général, on trouve un coccus jaune verdâtre. Mais il n'est pas encore sûr que ce soit le parasite cherché. Néanmoins, il est bien intéressant de pouvoir cultiver cette espèce aussi bien des cheveux malades que des soies. Quand à l'acné-

varioliforme. M. B. croit qu'elle se transmet sans exception dans les offices de barbiers. En général, cette affection qui siège principalement sur le cuir chevelu, ne prend que le sexe male.

Et l'impetigo contagiosa peut se transmettre de la même manière. M. B. mentionne qu'il n'a fait ses propositions qu'en forme de critique de celles de M. Köbner. Quant aux serviettes de papier, on ne s'en sert guère pour nettoyer la figure, mais on en prend pour cet effet généralement d'autres. M. B. n'est pas d'avis qu'on n'emploie plus de brosses dans les offices. De toutes les propositions faites par M. Köbner, aucune n'a été réalisée d'une façon mentionnable. M. B. n'a pas non plus observé que les dermatomycoses aient diminué. Vouloir en appeler au sens commun de la populace, cela pourrait seulement se faire s'il s'agissait de maladies graves, et non pas de légères et rares maladies en comparaison qui ne regardent toujours que quelques individus pris. La police d'aujourd'hui n'est naturellement pas la magistrature qu'il faut; mais dans le commissariat d'hygiène publique à créer, on trouverait certainement des personnages aptes. M. B. croit qu'au plus 1 0/0 de la population serait en état d'avoir sa propre brosse et ses propres outils; en Amérique, la situation générale est meilleure. Si l'on ne donne pas de prescriptions, on fera sûrement une grande opposition aux propositions et pour cette raison il faut créer une exécutive.

#### Des fistules congénitales du pénis.

M. Posner montre des préparations microscopiques qui sont prises du cas que son interne, M. Lewin, a démontré il y a quelque temps dans la Société de dermatologie. Il s'agissait d'une fistule congénitale du pénis. L'ouverture se trouvait à 3 mm. au-dessous de l'orifice normal de l'urêthre et conduisait dans un canal qu'on pouvait poursuivre jusqu'à la racine du pénis. M. P. croit que l'expression « fistule congénitale » donne facilement lieu à des erreurs, parce que la plupart pensent à des fistules uréthrales, et ces deux choses n'ont rien de commun. Il s'agit donc de petits canicules aveugles qui finissent dans la région de la symphyse. Quelques auteurs en ont aussi donné une description fausse; par exemple, Griterbock qui parle d'un urèthre double. Si c'était réellement le cas, on ne comprendrait pas pourquoi ce canal se trouve sur le dos du pénis où l'on voit les fistules congénitales. Le malade en question souffrait d'une gonorrhée aiguë qui n'avait pris en premier lieu que la fistule ; l'urèthre fut infecté plus tard. Le traitement était difficile, comme la fistule n'était pas accessible aux médicaments et l'urine n'y passait pas non plus. Comme la chose s'aggravait, le malade ayant un cryptorchisme, M. P. se décida pour l'opération radicale comme seul remède. Dans la littérature il n'y a que le seul cas du polonais Perkowsky qui, après avoir fendu le canal, se contenta de le cautériser. Il prétend que le cas a été guéri. M. P. isola le canal qui avait l'épaisseur d'un tuyau de plume et l'extérieur d'un urêtrepuis le fendit dans toute sa longueur, après avoir introduit une sonde dans l'urêtre lui-même. Pour cette raison il fallait encore couper la peau du pénis transversalement, puis délivrer le canal des deux côtés du ligament suspenseur et détacher les corps caverneux, de sorte que le pénis

fut détaché dans sa partie supérieure et pendait en bas. Le canal se perdait dans une ampoule aveugle qu'on ne réussit pas à extirper. On enleva une partie du canal dans sa totalité et l'autre fut détruite par le thermo-cautère. L'opération dura 3 heures et le malade avait perdu beaucoup de sang; mais la guérison réussit en peu de temps. M. P. a revu le malade au mois de décembre; il se trouvait très bien. La question est d'expliquer la nature de ce canal. Il y en a qui croient qu'il communique à une glande; mais à laquelle? On ne trouve rien pour appuyer l'opinion de ceux qui le regardent comme le conduit excrétoire de la prostate, puisqu'on ne vit que du tissu épithélial et musculaire et pas de tissu glandulaire. La glande de Cooper siège au-dessous de l'urêtre; c'est donc également impossible, d'après l'idée de M. P. que la fistule y donne. L'examen exact fit encore reconnaître un petit canal accessoire aveugle qui rappelle les lacunes de Morgagni; et M. Waldeyer, le professeur d'anatomie qui a contrôlé les préparations, est d'avis qu'il s'agit d'une grande lacune avec une autre accessoire isolée par suite d'une anomalie et revêtue d'une couche musculaire. Il n'y a que 7 à 9 cas semblables dans la littérature.

M. O. Rosenthal trouve une certaine ressemblance avec les para-uréthrites qui se trouvent chez les hommes et femmes à peu près à la même place. Touton qui croit qu'il s'agit de follicules propose de les extirper. M. R. a observé plusieurs cas de cette espèce; dans l'un de ceux-ci, il a injecté dans le canal une solution de nitrate d'argent par une seringue de Pravaz, de l'aiguille de laquelle il avait ôté la pointe avec la lime et il a réussi à le guérir de cette manière,

M. Posner reconnaît la grande ressemblance de ces deux formations.

O. Rosenthal.

#### REVUE DES THÈSES DE DERMATOLOGIE

SOUTENUES A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS PENDANT L'ANNÉE SCOLAIRE 1892-1893.

## P. Roy. — Contribution à l'étude des tubercules sous-cutanés douloureux (10 novembre 1892).

L'auteur de cette thèse, faite sous la direction et avec les matériaux fournis par M. Malherbe (de Nantes), rapporte les opinions assez variées émises sur la nature des tubercules sous-cutanés douloureux. Il reconnaît que des tumeurs diverses, ou, pour mieux dire, toutes les tumeurs de la peau et du tissu cellulaire sous-cutané peuvent, dans certains cas, devenir le point de départ de douleurs névralgiques à paroxysmes (névromes, fibromes, fibro-chondromes, angiomes, adénomes, lipomes, squirrhes, et, à cette énumération, nous pourrions ajouter les kystes sébacés, ainsi que nous en avons observé un exemple): mais pour la plupart des espèces, ce caractère névralgique est exceptionnel et fort rare.

Par contre, il est une espèce qui, abandonnée à elle-même, prend très fréquemment, sinon toujours, lorsqu'elle a duré un certain nombre d'années, le caractère névralgique; c'est lemyôme à fibres lisses sous-cutané. Dans 9 cas de tubercules sous-cutanés de la collection de M. Malherbe, dont l'auteur rapporte les examens microscopiques, la tumeur présentait toujours la structure du myôme: aussi l'auteur réserve-t-il à cette tumeur le nom de tubercule sous-cutané douloureux. Il s'agit généralement de tumeurs très petites, à évolution extrêmement lente, à marche toujours bénigne. Ces myômes sous-cutanés sont probablement dus à l'hypertrophie des muscles arrectores pilorum; jamais on n'a pu y découvrir de treminaisons nerveuses, bien qu'il soit légitime d'en supposer. Le traumatisme paraît, dans certains cas, être la cause de leur développement. Le pronostic ne présente de gravité qu'en raison de l'intensité des douleurs. L'extirpation au bistouri est le seul traitement rationnel et réussit toujours.

## S. Waïsman. — Contribution à l'étude des éruptions en dermatoses suscitées ou réveillées par la vaccination (30 novembre 1892).

Voici les conclusions générales de la thèse très documentée et très intéressante de M¹¹e Waïsman, dont le titre montre déjà l'esprit.

Dans son cours, la vaccine peut se compliquer d'éruptions qui sont réveillées et suscitées par elle et que nous divisons en 2 catégories : éruptions vaccinales directes et indirectes.

La première catégorie est formée par la vaccine généralisée dont les pustules, complètement identiques par leur forme et leur évolution aux pustules provenant de piqures vaccinales, donnent par l'inoculation de leur contenu la vaccine. (L'auteur est très sceptique au sujet de la vaccine généralisée et admet, avec grande raison, selon nous, que les éruptions sont presque toujours, sinon toujours, le résultat d'auto-inoculations.)

La deuxième catégorie embrasse les éruptions vaccinales indirectes qui sont : la roséole, la miliaire, le pemphigus, l'eczéma, l'impétigo et l'ecthyma, le purpura « a vaccina », la vaccine pétéchiale et la vaccine hémorrhagique. L'inoculalion des plaques et des vésicules de ces éruptions reste fruste.

Les éruptions suscitées par la vaccination sont plus fréquentes qu'on ne le croit.

Leur caractère essentiel est de se montrer en pleine évolution vaccinale, du 2° au 18° jour après l'inoculation (Roger).

Elles surviennent presque toujours au milieu d'une santé parfaite et sans élévation appréciable de température.

Il ne faut pas les confondre avec les exanthèmes des fièvres éruptives, avec ceux de la dentition de la diarrhée ou résultant de l'ingestion de certaines substances médicamenteuses (chloral, antipyrine, belladone, etc.).

Ces éruptions sont, dans la plupart des cas, bénignes et se terminent avec la dessiccation des pustules vaccinales.

Mais quelques certaines éruptions eczémateuses deviennent très tenaces; quelques éruptions pemphigoïdes et hémorrhagiques peuvent être très graves et même mortelles.

Elles surviennent chez des sujets présentant une certaine irritabilité de la peau, une prédisposition diathésique (scrofulose, rachitisme, hémophilie) et même individuelle « propre à tel membre d'une famille à l'exclusion de tout autre ».

Behrend explique leur pathogénie par la constitution anormale du sang due à la présence dans ce dernier de la lymphe vaccinale ou du pus du contenu des pustules vaccinales. Nous reconnaîtrons l'origine nerveuse de quelques éruptions.

Enfin ces accidents peuvent être dus au vaccin altéré par la putréfaction. Le meilleur moyen prophylactique est l'antisepsie ou mieux l'asepsie appliquée aux instruments, mais encore au sujet à vacciner et à la génisse vaccinifère.

Ne pas vacciner en dehors d'épidémie les enfants atteints d'une maladie diathésique ou d'une affection cutanée quelconque (scrofulose, eczéma), avant l'âge de 2 ou 3 ans.

Une fois l'éruption apparue, appliquer le traitement propre à chacune des formes éruptives.

## M. Schwartz. — Dermatoses liées aux troubles gastro-intestinaux chez l'enfant (22 décembre 1892).

L'auteur décrit séparément les dermatoses liées aux troubles gastrointestinaux chez les nourrissons, d'une part, dans la seconde enfance et au delà d'autre part.

Dans le premier groupe, il range les gourmes infantiles et les érythèmes fessiers.

Sous le nom de gourmes, il décrit sans les séparer l'eczéma et l'impé-

tigo, émettant cette opinion, contre laquelle nous protestons hautement, que l'impétigo n'a pas d'existence autonome, et n'est qu'une complication secondaire soit de l'eczéma, soit d'une éruption quelconque. Généralisant outre mesure un fait souvent vrai, il déclare que, si la dilatation stomacale n'est pas constante, le gros ventre est général, et il fait de ce groupe quelque peu informe des gourmes, la conséquence de troubles digestifs, opinion absolument inacceptable pour la plupart des cas ressortissant à l'impétigo.

Les érythèmes fessiers sont décrits avec soin et détails et rapportés au contact de selles diarrhéiques.

Dans le chapitre consacré aux dermatoses de la seconde enfance, l'auteur décrit successivement l'eczéma, l'acné, les érythèmes polymorphes, le pityriasis rosé de Gibert, l'urticaire, le prurigo de Hebra, le lichen.

L'eczéma d'origine gastro-intestinale semble pour lui comprendre tous les cas d'eczéma observés pendant la seconde enfance, bien qu'il admette la nécessité d'une prédisposition constitutionnelle, mais l'influence de la dentition, si nette dans quelques cas, est passée sous silence, de même que le nom d'eczéma séborrhéique n'est pas prononcé.

L'acné est également rapportée à des troubles gastro-intestinaux, mais nous ne voyons pas pourquoi l'auteur considère l'acné comme une papule.

Sous le nom d'érythèmes polymorphes, l'auteur signale toutes les éruptions d'origine toxiques, même l'urticaire des moules, ce qui est un peu déborder la signification attribuée à ce terme.

Pour le prurigo de Hebra, l'auteur admet avec M. Comby qu'il s'agit d'un aboutissant de l'urticaire, due elle-même à des troubles gastro-intestinaux.

Les diverses dermatoses étudiées sont dues, pour l'auteur, au passage dans le liquide sanguin des toxines formées dans le tube digestif sous l'influence des putréfactions et des fermentations anormales, et à leur élimination par les glandes cutanées. La peau réagit, suivant l'intensité des propriétés irritantes de ces toxines, sous la forme d'eczéma, d'urticaire, d'acné, de folliculites, etc. A ces lésions primaires, viennent plus tard s'adjoindre des lésions secondaires, dues à des traumatismes comme le grattage, ou à des inoculations secondaires se faisant au niveau des plaies, ecthyma, pustules diverses, impétigo, etc.

Cette pathogénie commande la thérapeutique, qui doit consister : d'une part dans l'antisepsie gastro-intestinale et dans une diététique bien entendue pour combattre les troubles digestifs, et d'autre part dans un traitement local pouvant se résumer en deux mots : propreté antiseptique.

# G. FILAUDEAU. — Étude sur les nævi et particulièrement sur les nævi pigmentaires (28 janvier 1893).

L'auteur a recherché la présence des nævi chez 253 sujets des deux sexes pris au hasard; il n'a pu découvrir de taches chez 25 de ces sujets et encore pense-t-il qu'un examen plus approfondi aurait diminué le

D

b

C

le

d

d

C

1

nombre des sujets ne présentant pas de nævi. Il a remarqué que chez les bruns les nævi sont plus fréquents, plus confluents et plus colorés que chez les blonds, que les nævi pilifères ne s'observent guère que chez les blonds, que les femmes sont plus sujettes que les hommes aux nævi, qui sont chez elles particulièrement fréquents au visage; la proportion des sujets porteurs de nævi et la confluence de ceux-ci étaient plus considérables chez les aliénés examinés par l'auteur que chez les malades d'un hôpital général sur lesquels ont porté ses recherches.

L'auteur a étudié la structure des nævi sous la direction de M. Malherbe (de Nantes). Il conclut de ses recherches que la structure du nævus vasculaire a la plus grande analogie avec celle de l'angiome caverneux, que celle du nævus pigmentaire plat est assez simple et s'écarte assez peu de la structure normale de la peau, que le nævus hypertrophique au contraire présente souvent des modifications importantes qui donnent l'idée d'un processus latent qui n'attend qu'une cause efficiente pour se réveiller : on y trouve en effet des amas de cellules épithéliales très analogues à ceux de l'épithélioma tubulé à petites cellules.

## G. Lebon — Etude sur la stomatite herpétique chez les enfants (23 février 1893).

L'auteur décrit sous le nom de stomatite herpétique une affection, fréquemment observée par lui dans un dispensaire d'enfants, caractérisée par le développement de vésicules auxquelles succèdent des érosions recouvertes d'une pseudo-membrane et coïncidant fréquemment avec des vésicules d'herpès sur les lèvres ou sur le pharynx. Cette affection lui paraît être comprise par la plupart des auteurs dans la description des aphtes, et, sans supprimer, dit-il, l'aphte dont la nature est mal connue et les caractères peu précis, il en restreift l'importance.

La stomatite herpétique, fréquente dans la première et la seconde enfance, a une évolution rapide et guérit ordinairement sans phénomène grave. L'évolution dentaire, diverses maladies (rougeole, coqueluche, coryza, bronchite, troubles gastro-intestinaux), l'alimentation défectueuse,

paraissent favoriser son développement.

C'est une affection éminement contagieuse. Le lait serait fréquemment le véhicule de la contagion; mais cette assertion est basée uniquement sur les faits de développement d'aphtes à la suite d'ingestion de lait de vaches atteintes de fièvre aphteuse, faits rapportés par divers auteurs et rien ne prouve que les lésions buccales ainsi développées aient été les mêmes que celles observées par l'auteur. L'examen bactériologique a permis de constater la présence du streptocoque et des staphylocoques, mais l'auteur ne se prononce pas sur la spécificité de ces agents pathogènes.

Le traitement consiste en badigeonnages avec la solution de nitrate d'argent au dixième, et en lavages fréquents avec une solution de chlorate de potasse ou de borax.

Parmi les observations relatées dans cette thèse, il en est qui répondent bien à la description de l'herpès et pour lesquelles la dénomination de stomatite herpétique est parfaitement justifiée; mais d'autres, faute de détails suffisants, ne sauraient être admises aussi facilement : dans plusieurs, les lésions vésiculeuses et ulcéreuses, malgré leurs petites dimensions, ne sauraient être désignées sous le nom d'herpès en raison de leur dissémination, le mot herpès étant, sur les muqueuses comme sur la peau, nécessairement lié à l'idée de groupement des vésicules. Pour ces faits, la dénomination d'aphte, malgré ce qu'elle a de vague et d'incertain, reste la seule acceptable, en l'absence des caractères propres aux autres espèces de stomatites.

M. Rueda. — Etude clinique sur quelques cas de lèpre nerveuse des pays tropicaux (1<sup>er</sup> mars 1893).

L'auteur rapporte onze observations, inédites ou déjà publiées, de lèpre nerveuse recueillies en Colombie, et conclut ainsi :

Il y a, dans les pays tropicaux, à côté des eas de lèpre nerveuse typique, d'autres cas qui se traduisent surtout par des atrophies musculaires, des lésions trophiques et des déformations des membres.

Avant de faire le diagnostic de lèpre dans ces cas, il faudra penser aux myopathies, myélopathies et névrites qui présentent des symptômes analogues.

Le diagnostic peut se faire, et il est parfaitement établi, avec les myopathies, les névrites et certaines myélopathies, comme l'atrophie musculaire type Aran-Duchenne et les scléroses latérales amyotrophiques.

Le diagnostic avec une autre myélopathie, la syringomyélie, peut se faire en clinique dans les cas typiques des deux maladies.

Dans les cas anormaux de lèpre nerveuse, le diagnostic avec la syringomyélie est très difficile et, dans certains cas, il n'y a que l'étude microbiologique qui pourra décider le diagnostic.

Toutefois il faudra faire une étude de la distribution de la sensibilité, dans les cas de lèpre, avec des instruments de précision, comme l'esthésio-dynamomètre, et c'est peut-être de ce côté qu'on pourra trouver les signes cliniques pour faire le diagnostic différentiel.

P. Legrand. — Contribution à l'étude des éruptions dues à l'iodure de potassium. De l'acné anthracoïde ou dermatite tubéreuse iodique (15 mai 1893).

L'auteur a observé, dans le service de M. Hallopeau, deux cas de cette forme rare d'éruption iodique, constituée par de véritables tumeurs, comparables à des furoncles ou à de petits anthrax, et prenant à un moment donné l'aspect de simples plaques saillantes, plus ou moins végétantes, ulcérées, couvertes de croûtes. Quoiqu'on n'en ait jamais pratiqué l'examen microscopique, ces lésions sont rapportées par l'auteur à l'action de l'iode sur les centres nerveux et non, comme la plupart des éruptions iodiques, à une action élective de l'iode sur certains éléments de la peau. Les changements que subissent ces tumeurs à la suite de la suppression

ou de l'administration de l'iodure de potassium viennent confirmer le diagnostic, surtout en présence de certaines manifestations de la syphilis. Le point essentiel du traitement est la suppression de l'iodure de potassium.

P. Cousin. — Traitement de l'eczéma par l'enveloppement dans la toile de caoutchouc, d'après la méthode du Dr Tenneson (14 juin 1893).

L'auteur expose l'historique du traitement de l'eczéma par l'enveloppement caoutchouté, puis décrit la manière dont M. Tenneson pratique cet enveloppement et que cet observateur a fait connaître dans ses leçons et dans plusieurs publications. L'auteur, très enthousiaste de ce traitement, semble le considérer comme une sorte de panacée de l'eczéma.

# E. Bonzon. — Étude sur la chéloïde spontanée multiple (12 juillet 1893).

L'auteur rapporte 2 observations de chéloïdes multiples avec examen histologique recueillies dans le service de M. Tenneson. Il confirme les données admises par la plupart des auteurs sur les chéloïdes multiples et conclut que, à côté de la chéloïde cicatricielle, on doit admettre une variété plus rare de chéloïde, d'origine spontanée, à manifestations multiples et symétriques ; cette affection peut être classée, en raison de ses symptômes objectifs et fonctionnels, parmi les trophonévroses cutanées; son pronostic est celui des tumeurs bénignes de la peau : le traitement sera uniquement symptomatique.

G. Calton. — Contribution à l'étude d'un érythème symptomatique d'une infection secondaire, en particulier au cours de la fièvre typhoïde chez l'enfant (13 juillet 1893).

L'auteur a observé, dans le service de M. Legroux, deux épidémies d'érythèmes chez des enfants atteints de fièvre typhoïde analogues à celle qui a été étudiée par MM. Hutinel et Martin de Gimard. La première épidémie a porté sur 6 enfants, dont 3 sont morts; la deuxième, deux mois plus tard, a porté sur 5 enfants, dont 1 est mort. Elles ont sévi surtout chez des enfants tout jeunes et sur des fillettes de 13 à 14 ans; la maladie s'est propagée à des enfants occupant des lits voisins les uns des autres.

L'auteur considère, avec M. Hutinel, ces érythèmes comme le résultat d'une infection secondaire streptococcique, infection qui peut aussi bien se produire dans le cours de maladies aiguës autres que la fièvre typhoïde, et qui est d'autant plus fréquente et plus grave que le milieu hospitalier est plus encombré et les sujets plus débilités, et qui semble avoir pour porte d'entrée les ulcérations buccales et péri-buccales.

## C. PIFFAULT. - De l'angiokératome (26 juillet 1893).

L'auteur rapporte les observations jusqu'ici connues d'angiokératome et tire de leur étude une description complète de cette affection.

L'angiokératome se rencontre surtout dans l'adolescence et s'observe principalement en hiver; il siège aux extrémités des membres et plus rarement à la face, coïncide avec les engelures et l'asphyxie locale des extrémités. Il se présente cliniquement sous la forme de petites tumeurs verruqueuses et de petites taches rouges angiectasiques, disséminées sans ordre ou groupées, plus ou moins nombreuses, de volume et de couleur variables.

La formation des tumeurs verruqueuses est toujours secondaire aux taches planes qui, à elles seules, peuvent constituer toute l'affection. L'angiokératome évolue très lentement, sans phénomènes généraux accentués.

Il est constitué au point de vue histologique par un angiome, qui se développe primitivement dans le derme papillaire et qui, par compression de l'épiderme qui devient hyperkératosique, détermine la formation d'un kératome.

Le diagnostic est facile et le pronostic bénin ; le traitement de choix est l'électrolyse.

## L. Keller. — Essai sur les propriétés thérapeutiques de l'aristol (27 juillet 1893).

L'aristol, très vanté au moment de son introduction dans la thérapeutique, est à peu près abandonné à l'heure actuelle : il ne mérite pas, au dire de l'auteur, cette quasi-exclusion. Car, s'il a l'inconvénient de s'altérer facilement, ce qui en limite l'emploi et rend ses effets incertains, il a toujours sur l'iodoforme l'avantage de n'avoir pas d'odeur. En thérapeutique cutanée, il peut être utilisé avec avantage contre les ulcérations scrofuleuses et syphilitiques, mais son action sur le lupus et l'épithélioma est contestable; l'auteur ne parle pas de son emploi dans le psoriasis.

Georges Thibierge.

# REVUE DES PUBLICATIONS PÉRIODIQUES

#### REVUE DE DERMATOLOGIE

Acné. — Ch. Audry. Note sur un cas d'acné scutulaire (ulérythème acnéiforme? (Mercredi médical, 5 avril 1892, p. 157.)

Homme de 52 ans, présentant depuis 6 ou 8 mois une éruption du cuir chevelu constituée par des boutons qui s'affaissent en laissant une croûte. Actuellement, sur le front et les régions temporo-frontales, masses croûteuses de formes irrégulières, brun noirâtre, ne dépassant guère les dimensions d'une pièce de 50 centimes, traversées par les cheveux, recouvrant une dépression irrégulière de l'épiderme, lequel est recouvert d'un peu de pus, sans ulcération véritable.

La lésion élémentaire est constituée par de petits disques, régulièrement circulaires, généralement biconvexes, très comparables à certains éléments scutulaires du favus; par places il y a quelques pustulettes plus ou moins développées, parfois entourées d'une zone érythémateuse; nombreuses dépressions cupuliformes criblant toute la région fronto-temporale, plus larges et beaucoup plus clairsemées que les cicatrices de variole.

Reste du tégument normal.

L'auteur, se basant sur l'absence à peu près complète de folliculite, pense qu'il ne s'agit pas à proprement parler d'une acné et rapproche ce fait de l'ulérythème acnéiforme de Unna. GEORGES THIBIERGE.

Anatomie de la peau. — Wallace Beatty. Fonctions des glandes de la peau. (Brit. Journ. of Derm., avril 1893, p. 97.)

A l'occasion de son élection comme président de la Société de biologie de l'Université de Dublin, M. Wallace Beatty choisit pour sa conférence de réception, la question des fonctions des glandes de la peau.

Dans un premier paragraphe, il passe en revue l'opinion courante, avant les travaux de Unna : 1º sur les fonctions des glandes sébacées, celles-ci produisant la graisse à la surface de la peau et servant à lubréfier les poils; 2º sur les fonctions des glandes sudoripares, celles-ci produisant

la sueur et empêchant la sécheresse de l'épiderme.

Dans un second paragraphe, l'auteur passe en revue l'opinion du Dr Unna sur ces glandes et les arguments dont celui-ci se sert pour sa démonstration. Pour ce dernier, les glandes sébacées ne servent absolument qu'à lubréfier les poils. Les glomérules des glandes sudoripares produisent la graisse. La sueur provient du système lymphatique et est condensée dans les conduits des glandes sudoripares d'où elle s'échappe à la surface de la peau. Ces conduits n'ayant par conséquent qu'un rôle mécanique dans la sudation.

Le Dr Wallace Beatty, pour la discussion de ces diverses questions, a préalablement étudié la structure anatomique des glandes sébacées et sudoripares. Il ne s'est pas borné à l'étudier chez l'homme et ses recherches ont porté sur le cochon, le cheval, le mouton, le bœuf, le blaireau, la belette, le furet, la loutre, le chien, le chat, le lapin, le lièvre, le cobaye, le rat, la souris, l'écureuil, la chauve-souris, le hérisson, la taupe et le singe.

Nous ne pouvons suivre l'auteur dans son intéressante étude d'anatomie

comparée.

Mais voici la conclusion qu'il en tire, et les réponses qu'il croit pouvoir faire aux propositions posées par Unna :

1º Les glandes sébacées ne servent-elles qu'à lubréfier les poils et n'ontelles aucun rôle dans la lubréfaction générale du revêtement cutané?

On ne peut nier, répond l'auteur, que les rapports anatomiques de ces glandes avec les follicules pileux indiquent bien certainement leur rôle dans la lubréfaction des poils. Mais là ne se limitent point nécessairement les fonctions des glandes sébacées, et cela pour les deux raisons suivantes :

a) Sur le nez existent des glandes sébacées dont le volume considérable est en complet désaccord avec la ténuité des poils de cette région. D'autre part, chez le hérisson par exemple, aux épines si développées, les glandes sébacées attenantes sont minimes.

b) Il existe des glandes sébacées qui s'ouvrent directement à la surface de la peau et ne sont nullement en rapport avec des poils.

2º Les glandes sudoripares ont-elles comme fonction la sécrétion de la graisse?

L'auteur rappelle que, dans la très grande majorité des coupes traitées à l'acide osmique, il n'a pas trouvé dans les glandes sudoripares de globules de graisse. Pour lui, l'argument clinique apporté par Unna, tiré de ce fait que la peau conserve son état graisseux, même dans les cas d'acné confluente où les orifices des glandes sébacées sont bouchées, n'a pas grande valeur, car il n'est pas prouvé, il est même peu probable que toutes les glandes sébacées soient atteintes, et celles qui restent à voies libres, peuvent être le siège d'une hypersécrétion compensatrice.

3º La sueur provient-elle, suivant l'opinion de Unna, non point de glomérules sudoripares, mais en partie des vaisseaux qui entourent les conduits sudoripares et en partie de la lymphe intercellulaire de l'épiderme?

Cette opinion est en désaccord avec l'expérimentation physiologique qui a prouvé que la sécrétion de la sueur est due à une influence nerveuse et est indépendante de la dilatation vasculaire.

4º La graisse sous-cutanée est-elle sécrétée par les glomérules sudoripares?

L'auteur croit que cette opinion est peu vraisemblable.

La quantité de cette graisse ne paraît pas être proportionnée au nombre des glandes sudoripares. Chez la loutre, où il existe énormément de graisse dans le tissu sous-cutané, on ne trouve pas de glandes sudoripares. Enfin, comment pourrions-nous comprendre l'origine de la graisse dans les parties du corps autres que la peau?

De ces diverses considérations, l'auteur conclut qu'on ne peut accepter l'opinion de Unna sur les fonctions des glandes sudoripares.

Louis Wickham.

Atrophie cutanée. — R. W. Taylor. A case of localised idiopathic atrophy of the skin. (Journal of cutaneous and genito-urinary diseases, avril 1893, p. 125.)

La malade est une femme âgée de 26 ans, d'excellente santé, qui à l'âge de 23 ans vit se développer derrière l'oreille droite une plaque blanche donnant l'aspect d'une cautérisation à l'acide phénique. Peu après. elle éprouva en ce point un léger prurit fort intermittent d'ailleurs. L'auteur la vit en août 1890 : elle avait 24 ans. Elle présentait alors derrière l'oreille droite, empiétant un peu sur cet organe, une lésion irrégulièrement ovalaire, verticale, d'une blancheur extrême, circonscrite par une zone périphérique d'un rouge violent de vaisseaux dilatés. La première impression du Dr Taylor fut qu'il s'agissait d'une morphée ; mais, à la palpation, loin de trouver la dureté lardacée de la morphée, on sentait au contraire plutôt que la peau était comme amincie. Il n'y avait pas de duvet à sa surface. Pendant 4 ou 5 mois on observa cette malade et on vit que la plaque atrophique s'élargissait lentement par les bords. En janvier 1891 on enleva la partie inférieure de la plaque en empiétant largement sur les tissus sains du cou. La plaie pansée aseptiquement guérit en fort peu de temps et laissa une cicatrice souple. A la suite de cette intervention le processus morbide cessa de s'étendre, le halo périphérique violacé pâlit de plus en plus en laissant à sa place quelques petits vaisseaux superficiels, et en même temps la plaque blanche se recouvrit d'une pigmentation brunâtre. A l'heure où l'auteur écrivait son mémoire, septembre 1892, il n'y avait plus qu'une atrophie cutanée simple, plus ou moins décolorée. Il n'y a jamais eu aucune modification de la sensibilité à ce niveau.

L'examen microscopique du fragment enlevé a montré que le corps muqueux était aminci, dépourvu de prolongements interpapillaires normaux. La couche cornée est par places d'une extrême minceur. Les cellules de la couche basilaire sont irrégulièrement pigmentées par des granulations brunâtres. En quelques petits points le corps muqueux fait défaut, de telle sorte que le chorion y est à nu. La modification la plus remarquable qu'a subi le corps papillaire est l'absence presque complète de papilles : les cellules connectives du derme sont aussi beaucoup moins nombreuses qu'à l'état normal. Sur les coupes il est impossible de voir aucun vestige de vaisseaux. Cà et là entre les fibres du tissu conjonctif se voient des amas de pigmentations. Le tissu cellulaire sous-cutané montre la même pénurie de vaisseaux et la même diminution des cellules du tissu conjonctif. On voit sur les coupes plusieurs artérioles de moyen volume complètement oblitérées ou converties en cylindres partiellement hyalins. Les follicules pileux sont assez nombreux sur les coupes; quelques-uns ont subi un processus atrophique, d'autres ont été convertis en kystes plus ou moins volumineux. Ces kystes ont comme paroi une mince couche irrégulière de cellules aplaties, et sont remplis de cellules épithéliales.

Les glandes sébacées ont subi un processus atrophique; elles sont plus petites qu'à l'état normal et dégénérées. Les glandes sudoripares ont subi un processus analogue. Il a été impossible de trouver sur les coupes le moindre filet nerveux.

L. B.

Dégénérescence colloïde. — Georges H. Fox. A case of so-called colloïd degeneration of the Skin. (Journal of cutaneous and genitourinary diseases, février 1893, p. 56.)

Homme âgé de 32 ans, cocher, de bonne santé générale; l'auteur le vit en avril 1890 avec une éruption tuberculeuse particulière du visage, consistant en de nombreux nodules, variant comme grosseur de celle d'une tête d'épingle à celle d'un pois, et occupant les joues, le menton, l'espace intersourcilier et quelques-unes le bord supérieur de l'oreille droite. Les éléments éruptifs étaient fermes, aplatis, d'un rouge sombre : près des ailes du nez, où ils étaient fort nombreux, ils avaient de la tendance à desquamer. Ceux d'entre eux qui faisaient une saillie arrondie avaient un aspect transparent semblable à de la gelée de pomme, et présentaient à leur sommet un point blanchâtre; quelques-uns étaient légèrement ombiliqués. Les éléments les plus volumineux étaient plus mous, et en devenant confluents ils formaient une tumeur dont il était possible de faire sortir par expression du sang et du pus. Le malade ne se plaignait ni de douleur ni de prurit; il disait que son éruption avait débuté brusquement et qu'elle datait de six semaines.

L'auteur enleva ces lésions à la curette tranchante: il put se convaincre ainsi de leur mollesse et de leur tendance aux hémorrhagies: une simple pression avec les doigts suffisait à faire sortir la masse gélatineuse morbide. D'ailleurs l'éruption, bien qu'incomplètement traitée, disparut peu à peu, de telle sorte qu'en octobre le malade était complètement guéri. Le premier diagnostic posé par l'auteur et confirmé tout d'abord par un examen histologique sommaire fut celui de lupus disséminé aigu. Ce ne fut qu'ultérieurement, en présence de la localisation spéciale et de la disparition spontanée de la plupart des lésions, qu'il songea au colloid milium.

Nous ne trouvons pas que le diagnostic posé par l'auteur soit assis sur des bases suffisamment solides. Jusqu'à plus ample informé nous conseillons de rester sur la réserve.

L. B.

Dermatite herpétiforme. — Stephen Mackenzie Dermatitis herpetiformis. (The Brit. Jour. of dermatolog., janvier 1893, p. 1.)

L'auteur publie dans le journal anglais de dermatologie, un long article de fond sur la dermatite herpétiforme, dans lequel il se propose de discuter les caractères de cette affection, d'après une quinzaine d'observations qu'il est parvenu à réunir en 6 années dans son service du London hospital.

Il s'agit en somme d'un chapitre de pathologie cutanée, accompagné de 12 observations intéressantes où sont retracés pour la plupart, des caractères bien décrits dans les traités de dermatologie les plus récents. L'auteur signale, parmi ses observations — qui offrent chacune quelques variétés différentes de la maladie, — l'absence de prurit et de signes douloureux chez deux de ses malades. Ce sont là des faits de grande importance puisqu'ils viendraient diminuer la valeur d'un des quatre signes cardinaux considérés comme caractéristiques de la maladie et qui demanderaient en conséquence à être étayés sur des observations absolument 
probantes. Or, l'une des observations est peu démonstrative, par ce fait 
que le diagnostic même des lésions peut être considéré comme incertain.

La voici reproduite in extenso: « Je soigne en ce moment un gentleman de 68 ans, ayant souffert à de longs intervalles, de trois attaques de goutte au gros orteil, de calculs rénaux, et d'eczéma goutteux dont il est actuellement atteint. Le 24 septembre de cette année le malade vint me consulter pour quelques plaques d'érythème à la face et au cuir chevelu; quelques jours après apparurent sur ces plaques des groupes de vésicules. Certains de ces éléments furent le siège de nécrose, de perte de substance et de légères cicatrices consécutives. En même temps le malade présentait quelques papulo-vésicules sur le cou et le tronc. Depuis lors jusqu'à ce jour il ne s'est pas reproduit de nouvelle éruption. Il n'y a pas eu de prurit ni de cuissons. »

Le second cas, fort intéressant d'ailleurs, serait plus démonstratif, mais on ne peut dire que l'élément prurit ou douleur ait fait absolument défaut pendant tout le cours de la maladie. Il n'a été en réalité que rare et très léger, comme le montrent ces dernières lignes de l'observation : « Le malade pendant tout le cours de ses cinq années et demi de maladie n'a pas eu de prurit, excepté lors de l'apparition d'éléments ortiés et encore à cette occasion le prurit ne fut-il que très léger, sa peau cependant était sensible « tender » en raison des croûtes qui se formaient parfois... »

Signalons dans le paragraphe consacré à la thérapeutique locale, les excellents résultats obtenus avec le soufre (que Duhring avait déjà expérimenté avec succès), non point dans les formes érythémateuses dans lesquelles cette substance détermine de l'irritation, mais dans les variétés

vésiculeuses, pustuleuses et bulleuses.

Dans les quelques lignes consacrées à l'historique, l'auteur déclare que « son expérience personnelle s'accorde en tous points avec celle de Duhring, sauf en ce qui concerne l'intromission dans la dermatite herpétiforme des lésions décrites par Hebra sous le nom d'impetigo herpetiformis ». C'est là un sujet de discussion qui a déjà été résolu. On sait en effet que M. Brocq a lu à la séance du 7 août du congrès international de dermatologie de 1889, une lettre du professeur Duhring dans laquelle le savant dermatologiste déclarait modifier son opinion première et considérer l'impétigo herpetiformis tel qu'il était décrit par Kaposi comme une affection spéciale, distincte de sa dermatite herpétiforme.

Louis Wickham.

Dermatoses à localisations sur les muqueuses. — John V. Shoemaker. Lésions of the mucous membranes corresponding to lesions of the skin. (Journal of cutaneous and genito-urinary diseases, p. 176, mai 1893.)

L'auteur passe en revue les diverses lésions de la peau qui peuvent s'observer aux muqueuses; en particulier le purpura, la rougeole, la scarlatine, la rubéole, la variole, la varicelle, l'érysipèle, la syphilis, l'érythème polymorphe, l'urticaire, le lichen planus, l'herpes facialis, gestationis, etc..., le pemphigus, l'hydroa, la dermatite exfoliatrice généralisée, l'eczéma, la dermatite herpétiforme, le rhinosclérome, le lupus erythematosus, le lupus, la tuberculose vraie, la lèpre, l'épithéliome, le xanthoma tuberosum, le favus. L'article n'est d'ailleurs qu'une simple énumération analogue à celle que l'on trouve déja dans des traités récents de dermatologie.

L. B.

Eczémachronique, lésions histologiques. — R. Campana. Istologia della cute sana in un inferno di eczema rubro-squamosa cronico. (Bollettino della R. Accademia medica di Genova, vol. VII, fasc. I, 1892.)

L'examen histologique de fragments de peau enlevés à un sujet atteint depuis plusieurs mois d'eczéma rouge et squameux a montré au niveau des régions malades une augmentation de dimensions des papilles, un décollement des couches les plus superficielles de l'épiderme, sans augmentation de nombre des couches de cellules cornées, une augmentation d'épaisseur de la zone granuleuse et de la couche muqueuse, des cellules lymphatiques en petit nombre dans la zone granuleuse et en plus grand nombre dans la couche muqueuse où elles sont réunies par places en groupes arrondis; quelques cellules de la couche muqueuse présentent des vacuoles au voisinage du noyau; les lésions les plus considérables occupent le derme, qui est infiltré de cellules semblables à des leucocytes, occupant toute son épaisseur, principalement au voisinage des vaisseaux sanguins et des follicules pilo-sébacés, les faisceaux conjonctifs sont compris dans cette infiltration et, par places, comprimés et détruits.

La peau prise dans une région absolument saine en apparence montre les lésions suivantes : légère augmentation relative de l'épaisseur de l'épiderme, légère augmentation de la couche cornée seulement au niveau de l'orifice des follicules pileux; légère augmentation de volume des papilles; présence de nombreux leucocytes dans les espaces lymphatiques du derme surtout autour des vaisseaux sanguins; on voit en outre quelques très rares hématies dont quelques-unes ont perdu leur matière colorante. En résumé, le derme d'apparence sain est le siège d'une infiltration inflammatoire et cette lésion explique la persistance du mal et son extension facile aux parties saines du tégument; de semblables lésions des téguments sains s'observent dans des maladies infectieuses comme la syphilis (Neumann) et la lèpre (Campana); mais on ne sait à quelle cause les attribuer chez les eczémateux.

Éléphantiasis. — Charles C. Ransom. The treatment of a case of elephantiasis (?) by the elastic bandage. (Medical Record, 22 avril 1893, p. 505.)

Il s'agit dans ce cas d'une femme extrêmement grosse qui a été probablement atteinte d'eczéma chronique des jambes, car l'affection dont parle l'auteur avait débuté, sept mois avant l'époque où il la vit, par des démangeaisons, de la rougeur, des excoriations, du suintement, de la tuméfaction; puis, après quelques alternatives d'améliorations et de récidives, il se développa sur les surfaces malades des excroissances papillomateuses et les jambes devinrent deux fois plus volumineuses qu'elles ne l'étaient à l'état normal.

L'œdème était assez mou, plus mou que l'éléphantiasis typique. L'auteur impose à la malade le repos au lit les jambes surélevées, le régime lacté mitigé, du calomel, des pansements d'abord avec des solutions plombiques opiacées, puis avec de la créoline: il lui enleva ensuite à la curette les masses épithéliales et les sommets des saillies papillomateuses; enfin, au bout de six jours il la soumit à la compression méthodique par le caoutchouc. Tout guérit avec la plus grande rapidité. (Malheureusement il ne s'agit pas ici d'un véritable éléphantiasis.)

L. B.

Érythème. — Arnaud et Lop. Érythème au début de la pneumonie lobaire infantile. (Revue mensuelle des maladies de l'enfance, avril 1893, p. 145.)

Enfant de 3 ans et demi, pris brusquement de vomissements et de frisson; le lendemain, sans intervention thérapeutique, rougeur générale de la peau avec aspect granité, plus intense au tronc et aux membres qu'au visage, rappelant l'éruption de la scarlatine; pas d'angine; T. 40°; le jour suivant, l'exanthème a complètement disparu; au 4° jour seulement se montrent les signes d'une pneumonie franche qui évolue normalement,

Ce rash pneumonique, observé par Rilliet et Barthez et par Cadet de Gassicourt, est rare et peut exposer à des erreurs de diagnostic multiples.

Georges Thibierge.

Lupus. — W.-T. Corlett. Lupus vulgaris following exposure to tuberculous sputa. (Journal of cutaneous and genito-urinary diseases, avril 1893, p. 146.)

Il s'agit dans ce cas d'une femme robuste, bien constituée, sans antécédents héréditaires, âgée de 42 ans, qui avait l'habitude d'aller voir une amie atteinte de tuberculose pulmonaire, de l'embrasser longuement, et qui avait eu à plusieurs reprises la figure souillée par ses crachats. Quelque temps avant la mort de cette amie, elle vit débuter une lésion minuscule d'abord vers le front ; en quelques mois la plaque malade s'ulcéra, puis s'étendit avec rapidité, et gagna presque toute la face, en conservant toujours son caractère ulcéreux.

L. B.

Lupus érythémateux. — L. Duncan Bulkley. The internal treatment of Lupus erythematosus with phosphorus. (*The American Journal of the medical sciences*, avril 1893, p. 393.)

L'auteur a employé le traitement qu'il préconise depuis dix ans environ. dans une cinquantaine de cas de lupus érythémateux. Sur 7,573 cas de sa pratique privée, l'auteur a eu à soigner 46 cas de lupus érythémateux, soit 11 hommes et 35 femmes; sur 13,225 cas de sa pratique hospitalière. il a eu à en soigner 51, soit 16 hommes et 35 femmes. Il est partisan convaincu de la non-identité du lupus érythémateux et du lupus vulgaire. Les cas qu'il a eus à traiter comprenaient toutes les variétés possibles de cette affection, depuis une petite plaque minuscule au début, jusqu'à de larges placards ayant plusieurs années d'existence; cependant, il n'a jamais observé le lupus érythémateux discoïde, multiple, rapidement extensif et mortel de Kaposi. Il cite plusieurs cas de lupus érythémateux extensif, à développement rapide, qui ont guéri en l'espace de deux ou trois mois sous l'action seule de son traitement interne, sans qu'il ait institué la moindre médication locale, et qui, depuis, sont restés guéris sans récidives. Dans beaucoup de cas chroniques, l'amélioration a été presque aussi rapide sous l'influence de la médication phosphorée, alors que les accidents reparaissaient, au contraire, dès que l'on suspendait la médication : aussi l'auteur est-il absolument convaincu que l'on ne peut ici parler de simples coıncidences.

Le cas le plus rebelle qu'il ait eu à traiter est celui d'une jeune femme actuellement âgée de 25 ans. Il commença à la soigner, il y a environ 13 ans, alors qu'elle n'avait que 12 ans : l'éruption avait, à cette époque, déjà 2 ans d'existence et couvrait le nez, les oreilles et les doigts. Elle continua à évoluer avec diverses péripéties jusqu'au jour où le Dr Bulkley institua la médication phosphorée (il y a environ 10 ans); au bout de quelques mois, l'affection disparut complètement. La malade cessa alors de se soigner; au bout d'un certain temps, il y eut une récidive qui disparut de nouveau sous l'influence de la même médication. Puis elle se maria à 19 ans, et l'éruption reparut après la naissance de son premier enfant, au bout d'un an de mariage. Elle fut, à cette époque, soignée par d'autres méthodes avec un accroissement constant de la maladie, jusqu'à ce qu'elle se décidàt à reprendre enfin la médication phosphorée.

L'auteur n'a pas la prétention d'avoir employé le premier le phosphore à l'intérieur dans le lupus érythémateux, mais il fait remarquer que personne en ce moment ne songe à cette méthode, et que jamais elle n'a été régulièrement employée, ni préconisée jusqu'à lui. Il faut apporter de grandes précautions dans l'administration du phosphore à l'intérieur, mais on peut, en les prenant, donner cette substance pendant des mois entiers non seulement sans accidents, mais encore parfois avec une certaine amélioration de la santé générale. Au début, l'auteur l'a donnée incorporée à de l'huile ou en pilules; mais il a eu, avec ces préparations, des troubles digestifs et hépatiques tels qu'il a dû y renoncer. Il le donne maintenant en solution suivant la formule qui a été indiquée par le Dr Ashburton Thompson, pour le traitement de certaines affections nerveuses; en voici le détail :

XUM

0 gr. 38 centigr. Phosphorus..... gr. Vj Absolute alcohol..... 1/2 onc. XXX 116 gr. 50.

Dissoudre à l'aide de la chaleur et de l'agitation, puis mélanger pendant que c'est encore chaud avec le mélange suivant, également chauffé :

Glycérin..... onc. i x s s 294 gr. 50. Alcohol..... onc. j s s 47 16 Essence peppermint..... onc. s s

Chaque drachme (3 gr. 88) de ce mélange contient un vingtième de grain

(0,0032 dix milligr.) de phosphore.

Dans la plupart des cas, l'auteur commence par en donner quinze gouttes dans l'eau trois fois par jour après les repas. Il est bon d'avaler rapidement le médicament dès qu'on l'a mélangé à l'eau, et de ne le mettre dans un verre vide qu'au moment de le prendre, car le contact de l'air et celui de l'eau modifient le phosphore. D'ordinaire on augmente les doses d'une ou de deux gouttes par jour jusqu'à ce que l'on atteigne trente gouttes trois fois par jour. Puis l'on n'accroît les doses que fort lentement, par exemple d'une seule goutte tous les deux jours jusqu'à ce que l'on en prenne de 40 à 45 gouttes trois fois par jour; parfois même on peut en donner davantage ; mais l'auteur n'a que fort rarement prescrit des doses de soixante gouttes. Lorsque la maladie cède, il faut toujours continuer les mêmes doses, et même après la disparition apparente des lésions cutanées.

Il faut surveiller de fort près les malades pendant qu'ils prennent ce médicament, noter l'état de la langue et du tube digestif, et au moindre trouble il faut suspendre la médication. S'il y a le moindre indice de constipation ou de troubles hépatiques, l'auteur donne les pilules bleues, la coloquinte, l'ipéca. Parfois on obtient d'excellents effets de l'administration de l'acide nitrique dilué après chaque repas pendant qu'on cesse les gouttes phosphorées, pendant une semaine environ. Lorsque l'éruption est très inflammatoire et très floride, il est préférable de donner, au lieu d'acide nitrique, l'acétate de potasse, l'extrait fluide de rumex, la noix vomique. L'auteur a parfois réussi avec ces médicaments lorsque le phosphore semblait avoir perdu tout effet curatif sur l'éruption : il les donne alors pendant environ une semaine, puis il reprend le phosphore. Il pense que le phosphore doit agir par l'intermédiaire du système nerveux.

Lupus. Traitement. - V. Bonandrini. La crisarobina nel lupus tubercolare, osservazione clinica ed istologica. (Tesi di laurea, in Clinica dermopatica e sifilopatica della R. Università di Genova, fasc. XI, 1892.)

L'auteur rapporte l'observation, avec examen histologique, de deux cas de lupus traités par Campana au moyen de pommade à la chrysarobine à 10 0/0. Les résultats favorables obtenus avec cette substance sont dus, l'examen histologique le montre, à la dermatite aiguë qui vient se surajouter à la lésion chronique et dont l'auteur compare le mode d'action à celui de la lymphe de Koch ou de l'érysipèle. La chrysarobine ne produit

d'ailleurs qu'une guérison passagère, et il est indispensable de compléter son action par l'emploi du galvano-cautère dès que les foyers lupiques se reproduisent.

Georges Thiblerge,

Lymphosarcome. — Kundrat. Ueber Lympho-sarkomatosis. (Wiener klin. Wochenschrift, 1893, p. 212 et 234.)

On n'est pas encore fixé sur la nature de cette néoplasie. Selon l'auteur, il faut séparer complètement le lymphosarcome des sarcomes ordinaires. Dans l'espace de 10 ans, il a observé 50 cas de lymphosarcome et plus du double de maladies analogues ou rapprochées. Histologiquement le lymphosarcome est caractérisé par une structure adénoïde, par un tissu fondamental réticulé avec cellules lymphoïdes encastrées, mais ce tissu ne ressemble jamais au tissu lymphoïde réticulé normal, il en dévie en ce que la substance fondamentale et les cellules n'ont pas une formation typique; la structure de la première est peu développée ou plutôt plus fibreuse, les cellules sont plus grosses et en plus grand nombre.

Il en résulte qu'on peut distinguer deux formes de lymphosarcome, l'une médullaire et l'autre plutôt fibreuse; elles ne sont pas nettement séparées, car une forme peut se transformer dans l'autre. Le lymphosarcome n'a aucune tendance aux métamorphoses régressives — pas plus que les tumeurs leucémiques et pseudo-leucémiques, — la dégénérescence graisseuse s'observe très rarement, ce n'est qu'exceptionnellement qu'il est le

siège de nécroses anémiques.

Les lymphosarcomes ne constituent pas des tumeurs de tissu conjonctif atypique survenant spontanément dans des foyers isolés ou multiples, lesquelles peuvent se multiplier par métastases, mais des tumeurs conjonctives procédant des ganglions lymphatiques, des éléments folliculaires et adénoïdes apparaissant régionairement et qui progressent en suivant le trajet des voies lymphatiques. Leur évolution se fait rarement, accidentellement par les vaisseaux sanguins.

Il se rapprochent donc davantage des lymphomes, notamment de la pseudo-leucémie, que des sarcomes, quoiqu'ils se distinguent bien de ces derniers par leur structure atypique et plus encore par leur croissance et l'envahissement des tissus voisins. Cette connexion est d'ailleurs caractérisée dans des cas rares par le passage des lymphomes pseudo-leucé-

miques en lymphosarcomes.

Mais selon Kundrat, il serait préférable — pour ne pas complètement abandonner l'ancienne dénomination — de parler de lymphosarcomatose, attendu que les ganglions lymphatiques ou les follicules d'une région en sont toujours au moins le point de départ; d'abord isolés ce n'est que plus tard qu'ils forment, par leur confluence, des tumeurs compactes.

Cette dénomination et cette place indiquent aussi le caractère délétère de la maladie, car bien qu'après l'ulcération la cicatrisation et la rétraction puissent se produire, celles-ci ne sont jamais que partielles et accessoires, car l'affection continue d'évoluer. L'extirpation des ganglions lymphatiques, même pratiquée de bonne heure, est impuissante à empêcher la marche progressive de la maladie; elle peut, d'autre part, favoriser la pro-

lifération et lui ouvrir des voies nouvelles. Contrairement à ce qu'on observe dans la leucémie et la pseudo-leucémie, on ne voit jamais dans le lymphosarcome des infiltrations diffuses du foie et de la rate.

La sarcomatose est une affection des plus malignes, plus même que le sarcome et le carcinome, un véritable noli me tangere.

A. Doyon.

Lèpre. — Om Loven af 6<sup>10</sup> juni 1885 angaaende Spedalskes afsondring (A propos de la loi du 6 juin 1885 sur l'isolement des lépreux). (Norsh Magazin for Lagevidenshaben, mars 1893, p. 217.)

Le Dr Edv. Kaurin, directeur de la léproserie « Reknes » à Bergen, donne un exposé des résultats obtenus jusqu'ici par la loi du 6 juin 1885, qui autorise le transfert, sans l'assentiment des malades, et l'internement, dans une léproserie, de tous les lépreux qui ne veulent ou ne peuvent pas être isolés d'une façon assez suffisante pour éviter la contagion de la famille. La loi permet même la séparation de deux époux, après avis préalable du prêtre et approbation du préfet.

La promulgation de la loi avait soulevé au début une discussion assez vive dans la Société de médecine à Christiania, et la Société émettait une résolution, qui condamnait la loi comme inhumaine et trop rigoureuse. M. Armauer Hansen, inspecteur général de la « Spedalskhed » en Nor-

vège, et M. Kaurin l'ont soutenu tout de même.

La loi a été en vigueur maintenant pendant 8 années et la léproserie de Reknes a reçu pendant cet espace de temps 99 nouveaux lépreux, dont 14 ont été internés en vertu de la nouvelle loi. Le Dr Kaurin rend un compte précis de ces 14 cas et des motifs de la séquestration, qui était pour tous un isolement insuffisant à domicile, soit par pénurie, soit par mauvaise volonté. La plupart d'eux se portaient fort bien à l'hôpital et étaient parfaitement résignés.

Les partisans de la doctrine contagionniste doivent considérer la loi comme un grand bienfait pour le pays, car l'isolement est le meilleur

moven pour combattre la lèpre.

Le mal diminue sans cesse en Norvège, et la loi est un puissant moyen pour l'exterminer, tant par l'isolement qu'elle autorise, qu'en insistant particulièrement devant le public sur le caractère contagieux de la lèpre et sur les précautions indispensables à prendre dans les relations avec les lépreux.

EHLERS (Copenhague).

Lèpre. — Friarte. Traitement de la lèpre par l'otoba. (Revista medica de Bogota, 1893, p. 290.)

L'otoba (myristica otoba) est une plante originaire de Colombie dont les habitants se servent depuis un temps immémorial dans les maladies de la peau. Ils l'emploient en pilules de cinquante centigr. à la dose de 6 à 8 par jour. L'auteur la conseille en onctions sur la partie malade. L'otoba se liquéfie à la température de la peau et cette propriété peut être utilisée dans la confection de pommades. D'après l'auteur, plusieurs cas de lèpre ont été guéris par l'otoba administrée pendant assez longtemps. L'usage

prolongé de l'otoba ne présente aucun inconvénient: la sueur seule présente à la longue une légère odeur médicamenteuse. Il semble que cette substance n'ait aucune action sur les affections cutanées atrophiques ou nerveuses et qu'elle agisse uniquement comme microbicide.

PAUL RAYMOND.

r

# Lèpre. - G. Castañeda. Lepra de los griegos. (Revista medica de Bogota, 1892, p. 173.)

Revue générale dans laquelle l'auteur résume quelques-uns des plus récents travaux sur la lèpre. A propos du traitement, il s'exprime de la façon suivante : Dans l'état actuel de nos connaissances, on peut affirmer que la lèpre est curable pourvu que les malades se soumettent à un traitement méthodique de deux à quatre ans. L'auteur passe en revue le traitement de M. Unna par la pommade à l'acide salicylique, ichtyol et chrysarobine et par la pommade à l'acide pyrogallique et l'ichtyol ; à l'intérieur, usage de l'icthyol. Je mentionne la discussion de la Société de dermatologie de New-York sur l'huile de chaulmoogra qui semble être, à l'heure actuelle, la meilleure médication.

Je conseille la formule suivante, en raison de l'intolérance possible du tube digestif:

Il passe ensuite en revue l'acide gynocardique de Roux, la teinture de noix vomique recommandée par le Dr Bulkley, le traitement local par la chrysarobine de MM. Campana et Viotti, les injections sous-cutanées de créosote de hêtre de M. Dujardin-Baumetz. Il insiste enfin sur la nécessité du traitement hygiénique et d'une bonne alimentation.

PAUL RAYMOND.

Nævus avec dégénérescence. — G. T. Elliot. Adeno-cystoma intracanaliculare occurring in anævus unius lateris. (Journal of cutaneous and genito-urinary diseases, p. 168, mai 1893.)

Le malade est un jeune homme de 26 ans qui vint consulter l'auteur en septembre 1887 pour des lésions situées dans la région suprascapulaire droite, le long du bord externe du trapèze; d'après lui, elles avaient existé depuis son enfance, et ne lui avaient tout d'abord causé aucun ennui, sauf depuis quatre ans; elles étaient en effet depuis cette époque devenues enflammées, irritées par le frottement des bretelles. Les lésions étaient au nombre d'une douzaine environ, disposées de manière à constituer une série linéaire d'un pouce et demi de long et d'un demi-pouce de large. Elles étaient pour la plupart confluentes; quelques-unes étaient discrètes, isolées les unes des autres, variant comme volume de celui d'un petit pois à celui d'une fève. Certaines avaient une consistance ferme, et une coloration d'un rouge bleuâtre, d'autres une consistance molle et une colo-

ration d'un rouge pâle. Celles qui avaient été irritées étaient nettement verruqueuses, quelque peu douloureuses, et saignaient légèrement lorsqu'on enlevait les croûtes qui les recouvraient.

L'aspect de la lésion et les commémoratifs faisaient porter le diagnostic de nævus unius lateris irrité; on se décida à enlever entièrement la néo-

plasie et la cicatrisation se fit par première intention.

L'examen histologique de ces lésions permit d'y reconnaître des particularités fort intéressantes. Le chorion renfermait à des profondeurs variables un grand nombre de cavités de toutes dimensions dues à une dégénérescence kystique des glandes sudoripares et de leurs conduits. Aussi l'auteur décrit-il ce cas, sous l'étiquette d'adéno-cystoma des glandes sudoripares ; il ajoute à cette dénomination l'épithète d'intra-canaliculaire. Il entre dans des dissertations histologiques techniques pour démontrer qu'il faut le désigner sous le nom d'adéno-cystoma et non sous celui de cysto-adenoma. Les canalicules sudoripares présentaient des végétations pariétales polypoïdes. L'auteur croit que ces dégénérescences des glandes sudoripares ont ici été purement secondaires, et probablement consécutives aux irritations subies par le nævus.

L. B.

Nævus traité par l'électrolyse. — George Henry Fox. The removal by electrolysis of an extensive hairy nævus of the face. (Journal of cutaneous and genito-urinary diseases, mai 1893, p. 165.)

Il s'agit dans ce cas d'un jeune homme de 22 ans, qui vint trouver l'auteur en mai 1889, pour un nævus pilosus de la joue droite. La lésion occupait une grande étendue de la joue, la paupière inférieure dans sa totalité, et s'étendait sur le nez : elle était surélevée, verruqueuse d'aspect, très colorée, recouverte de poils durs, sombres, que le malade coupait avec des ciseaux. Au centre se trouvait une masse sèche, noirâtre, faisant une saillie d'un demi-pouce ou même davantage, et participant évidemment de la nature des cornes cutanées.

Le traitement consista tout d'abord à introduire soigneusement une fine aiguille flexible d'acier à travers la partie la plus superficielle de la tumeur Cette aiguille était reliée au pôle négatif. On répéta ces observations jusqu'à ce que la destruction électrolytique eût ramené le tissu morbide au niveau de la peau saine, eût fait disparaître la pigmentation et détruit dans une certaine mesure les poils hypertrophiés. Puis on termina en détruisant directement ce qui restait de bulbes pileux en les attaquant un à un séparément par la méthode ordinaire.

L'intensité du courant électrolytique employé varia de 3 à 5 milliampères. Les opérations furent répétées presque toutes les semaines pendant quatre ans avec quelques périodes de repos. L'auteur insiste sur la nécessité d'opérer dans ces cas avec une extrême lenteur.

L. B

Pemphigus. — B. Sherwood-Dunn. Pemphigus with polymorphous erythema. *Medical Record*, 18 mars 1893, p. 333.)

Il s'agit dans ce travail d'un homme de 27 ans qui fut pris brusquement avec un frisson, mais sans mouvement fébrile vrai, d'une éruption bulleuse

qui débuta par le cou et les épaules, puis qui gagna le visage, les parois thoraciques et abdominales, les bras et les mains. Ces bulles s'accompagnaient de tuméfactions œdémateuses des téguments plus ou moins érythémateuses et de sensations douloureuses variables, mais surtout prurigineuses. L'auteur les décrit avec les plus grands détails et même avec une excessive minutie.

Cependant la terminaison de la maladie n'est pas suffisammentindiquée dans l'article, et il est malheureusement par trop évident que l'auteur ne connaît aucun des travaux récents qui ont été faits sur les éruptions polymorphes bulleuses.

L. B.

Pemphigus foliacé. — Alfred E. Regenesburger. Report of a case of Pemphigus foliaceus. (Journal of cutaneous and genito-urinary diseases, février 1893, p. 70.)

Le malade était un Allemand de 50 ans qui avait été toujours bien portant jusqu'en janvier 1892. A cette époque il fut pris de grippe dont il guérit au bout de deux semaines, mais qui lui laissa de la faiblesse; ce fut vers la fin de janvier qu'il remarqua la première éruption de bulles : elle se fit sur la partie antérieure de la poitrine, elles étaient tendues, de la grosseur d'une noisette et remplies d'un liquide séro-purulent, sans qu'il fût possible d'y découvrir aucun micro-organisme spécial. Les bulles s'ouvraient après un certain temps et laissaient une surface rouge érythémateuse, un peu suintante et desquamante. Peu à peu l'éruption s'étendit, et vers le 1er mars elle avait envahi tout le corps excepté la paume des mains et la plante des pieds ; la langue était prise. Le malade avait parfois de violentes crises passagères de prurit, et parfois aussi des poussées fébriles semblant précéder chaque nouvelle éclosion de bulles. Dans le courant de mars le malade perdit ses cheveux ; son corps exhalait une odeur fétide spéciale. Vers le 18 mars se manifestèrent des symptômes généraux graves, de la faiblesse extrême, du subdelirium, des douleurs intenses à chaque mouvement, de l'agitation, etc., et il succomba le 26 mars.

A partir du 20 mars il ne se produisit plus de bulles, le corps tout entier était d'une rougeur érythémateuse, avec une abondante desquamation épidermique et rappelait tout à fait l'aspect de la dermatite exfoliatrice généralisée ou du pityriasis rubra.

L. B.

Pityriasis rubra. — N. Degola. Pitiriasis rubra ed emiatrofia facciale. (Bollettino della R. Accademia medica di Genova, 1892, fas. 3.)

Observation d'un homme de 27 ans, atteint depuis 5 ans de pityriasis rubra pilaire et porteur d'une hémiatrophie faciale gauche, type Romberg. L'auteur, se basant sur les relations de cette dernière affection avec les altérations des centres nerveux, fait de sa coïncidence avec le pityriasis rubra pilaire une nouvelle preuve de l'origine nerveuse de celui-ci.

GEORGES THIBIERGE

P

to

F

Phthiriase. — Joseph Grindon. The migrations of Pediculi. (The medical Fortnighthly St-Louis-Chicago, 15 mars 1893.)

L'auteur insiste sur ce fait que les diverses variétés de poux ne se cantonnent pas toujours aux régions qu'elles habitent d'ordinaire. Il en cite beaucoup d'exemples tirés des divers auteurs. Quant à lui, il a observé plusieurs personnes, en particulier quatre enfants âgés de 3, 5, 7 et 9 ans, et une jeune fille de 12 ans, dont le cuir chevelu était envahi par le pediculus pubis. Ce parasite était disséminé çà et là, surtout vers le front et les tempes. La mère de ces enfants en présentait également aux mêmes régions, et il est probable que le père était dans le même cas.

L. B.

Psorospermies. — Jackson Clarke. Épithélioma et psorospermies. (Pathological Society of London, 20 décembre 1892. Comptes rendus dans le Brit. med. Journ., 24 décembre 1892, p. 1387.)

M. Clarke, auteur d'une série de travaux fort intéressants sur les psosorpermies, a communiqué à la Société de pathologie de Londres, avec présentation de pièces, quelques-uns des résultats obtenus après de longues recherches. La conviction de l'auteur est faite sur la nature psorospermique des productions cancéreuses. Dans 4 cas d'épithélioma, M. Clarke a pu trouver et définir toute une série de formes amœboïdes parasitaires qui représentent pour lui autant de stades d'évolution, autant de chaînons dans le développement du parasite. Les éléments amœboïdes se multiplieraient par division et seraient facilement différenciés des leucocytes et des globules rouges par l'emploi de l'hématoxyline. Voilà l'évolution décrite par l'auteur : 1º Une psorospermie unique ou résultant de la fusion de deux ou plusieurs autres psorospermies devient fortement réfringente dans toute l'étendue de son protoplasma; puis elle est sillonnée d'un réticulum très fin et bien visible qui part du ou des noyaux. 2º La masse réticulée, ordinairement entourée d'une mince capsule formée des débris de la cellule contenante distendue se résoud en fragments arrondis qui conservent la structure finement réticulée, mais sont légèrement colorés en rouge pourpre par l'hématoxyline. 3º La multiplication se fait par division. Dans quelques-unes des psorospermies filles, se forment des noyaux bien délimités tandis que le réticulum périnucléaire disparaît de la cellule. Ces éléments ainsi bordés sont mis en liberté par rupture des parois de la cellule épithéliale et vont déterminer de l'inflammation et de nouvelles poussées épithéliomateuses dans les tissus envahis. Quelquesunes d'entre elles pénètrent dans de nouvelles cellules épithéliales pour recommencer leur évolution.

Discussion. — M. Schattock déclare que ce n'est qu'après la culture du parasite et la reproduction de la maladie par inoculation de la culture que l'on sera en droit d'affirmer l'origine psorospermique des cancers. Les formes observées dans les préparations histologiques, sont, il est vrai, très suggestives de la présence de protozoaires, mais ceux-ci peuvent parfaitement ne se trouver dans les lésions superficielles qu'au même titre que les saprophytes. N'est-il pas avéré qu'on trouve à peine

de ces organismes dans les squirrhes profonds, alors qu'ils sont abondants dans les épithéliomas superficiels.

Comment M. Schattock expliquerait-il, sans reconnaître comme je l'ai montré, une corrélation étroite entre les psorospermies et la prolifération épithéliale dans la maladie de Paget, la présence constante, en masse, et sous toutes leurs formes, de ces parasites, dans tous les exemples de cette maladie sans exception, alors qu'on ne les rencontre pas dans d'autres lésions cutanées superficielles comme l'eczéma, le lupus, etc,

M. Schattock ajoute que M. Clarke n'a pas vu de formes véritablement encapsulées, pas plus du reste que M. Wickham et d'autres dans l'épiderme altéré de la maladie de Paget (1).

Quant à l'évolution complète du parasite, M. Schattock serait plutôt disposé à accepter l'opinion émise par M. Metschnikoff sur une phase extra-humaine. Le parasite n'accomplirait son évolution totale et sa reproduction que par l'intermédiaire d'un autre milieu. C'est en ce sens que MM. Ballance et Schattock poursuivent actuellement leurs recherches.

M. Galloway remarque que M. Clarke n'a pas décrit de période falciforme. Cette période dit-il existe pourtant à un moment de l'évolution de toutes les psorospermies actuellement bien connues (2).

Louis Wickham.

Maladie de Paget. — M. W. AF Schultén. Om « Pagets disease of the nipple » jämte meddelande af ett typiskt och höggradigt fall af nämmda sjukdom. (Nordiskt medicinskt Arkiv., 1893, II.)

Femme de 69 ans, présentant depuis 15 ans, au mamelon droit, une excoriation rouge, superficielle, suintante, ayant résisté à tout traitement; il y a 8 ans, toute la peau du sein droit était atteinte, on sentait dans la glande une tumeur profonde, assez dure, qui fut extirpée et qui offrait la struc-

(1) En ce qui me concerne, c'est là une erreur. M. Darier, moi-même et d'autres ont au contraire longuement insisté sur les capsules dont de beaux exemples ont été reproduits en lithographie (Archives de méd. expériment., janvier 1890.)

(2) J'ajouterai, à propos des observations de M. Clarke sur l'action colorante de l'hématoxyline, que cette substance nous avait paru, à M. Darier et à moi-même, élective à quelque degré il est vrai, mais très insuffisamment et que les détails des formes inférieures amœboïdes que nous avons observées ne nous avaient pas apparu suffisamment nets, malgré l'emploi des plus forts grossissements, pour que nous puissions les décrire sans risquer d'empiéter sur le champ des hypothèses, et voici ce que je crus devoir me borner à décrire entre autres choses dans mon travail sur la maladie de Paget (thèse de Paris, 1890, page 135). « Les divers éléments qui viennent altérer à ce point l'aspect normal de l'épiderme sont, outre des éléments migrateurs et des cellules de Malpighni, des parasites à leurs divers stades de développement, depuis leurs formes inférieures protoplasmiques jusqu'à leur état parfait d'enkystement. Dans ce fouillis disparate, les cellules migratrices se distinguent par les caractères suivants.... On ne peut les confondre avec les petites masses protoplasmiques des stades inférieurs des parasites. Celles-ci sont particulièrement irrégulières et variables dans leurs dimensions et leurs formes ; leur grande afflnité pour le carmin leur donne des contours nettement marqués, elles ne contiennent pas encore de noyaux et siègent fréquemment dans l'intérieur même des cellules malpighiennes. »

ture ordinaire du cancer; la lésion cutanée reparut bientôt, et s'étendit peu à peu, envahit le côté droit du thorax et une partie du bras droit : la surface était rouge, lisse, légèrement suintante, recouverte de croûtes en certains points, nettement limitée sur les bords. Depuis 2 ans, une récidive du cancer s'était produite sur le point occupé par le sein extirpé; pas de ganglions axillaires.

L'examen histologique fait par Ali Krogius montra une prolifération épithéliale très accentuée, mais ne pénétrant pas dans les couches profondes du derme, et un grand nombre de psorospermies à l'intérieur des cellules et entre elles; la tumeur cancéreuse présentait la structure ordinaire, et renfermait aussi des psorospermies, mais en moins grand nombre.

Mort au bout de l'année; pas d'autopsie.

Schulten fait de la maladie de Paget une affection voisine du cancer, mais non identique avec ce dernier.

Georges Thiblierge.

Psorospermose et Ichtyose cornée. — R. Campana. Ittiosi cornea e psorospermosi (psorospermosi ittiosiforme), studio di morfologia dermopatica e di parassitologia. (Attidella R. Università di Genova, 1892.)

Enfant de 12 ans, amaigri, seul atteint dans sa famille d'une affection cutanée qui a débuté quelques mois après sa naissance et est caractérisée par la présence de papules cornées, occupant la partie postérieure du cou, la région interscapulaire; les petites saillies noirâtres qui constituent cette affection sont lenticulaires ou miliaires, recouvertes d'une carapace de substance d'apparence cornée, hémisphérique ou un peu irrégulière, acuminée et dure, se détachant difficilement en entraînant un peu du tissu dermo-épidermique de la papule; ces saillies sont très rapprochées les unes des autres, de façon à former par places des amas en corymbes, ou séparées par des intervalles d'un demi-millimètre au plus; par places, on voit des papules ombiliquées, dépourvues de squames. Sur la dernière phalange de l'annulaire droit, une petite saillie ombiliquée présentant tous les caractères cliniques et anatomiques du molluscum contagiosum, dont la pression fait sortir une petite concrétion blanchâtre.

A l'examen microscopique, les papules cornées sont formées de couches d'apparence cornée, disposées en série de façon à donner l'aspect d'une pyramide, laquelle est invaginée dans un cercle de papilles énormément augmentées de volume, entourées d'autres séries de papilles de volume décroissant du centre à la périphérie; dans les points où il n'existe pas de pyramides épidermiques notables, les papilles sont sensiblement augmentées de volume, et forment des soulèvements villeux. Les cellules du revêtement épidermique présentent, au niveau des papules cornées, les altérations suivantes: dans la couche muqueuse, on voit de nombreuses vacuoles arrondies, sphériques ou ovoïdes, et des corpuscules interposés entre les cellules semblables à ceux qui s'observent dans l'intérieur des cellules; celles-ci se colorent mal et on distingue difficilement le noyau, le nucléole et les prolongements ciliaires; les corpuscules varient de la dimension d'uu noyau à celle d'un nucléole, ou de 2 nucléoles; ils sont

arrondis, lisses, transparents, légèrement jaunâtres, ont une paroi mince, renferment quelquefois des granulations isolées ou réunies en groupes réguliers ou irréguliers; ces corpuscules manquent dans un grand nombre de cellules qui présentent alors, à leur place, une cavité sphéroïdale ou ovoïde; les cellules qui les renferment sont dépourvues de noyau ou leur noyau est refoulé vers la périphérie.

L'auteur discute le diagnostic de cette affection et arrive à cette conclusion que, cliniquement, elle se rapproche beaucoup de l'ichtyose hys-

trix et qu'elle ne présente pas d'analogie avec les acnés.

Il admet que les corpuscules constatés par lui sont des psorospermies, et ne résultent pas d'une dégénérescence épithéliale en se basant sur ce fait que l'épiderme est normal sous les autres rapports, qu'il n'y a pas l'infiltration leucocytaire qui accompagne les altérations importantes; l'analogie avec d'autres psorospermies cutanées et la coïncidence avec une lésion, le molluscum contagiosum, dans laquelle on a décrit des psorospermies sont également invoquées à l'appui de son opinion.

Campana note les analogies de ce fait avec les cas de psorospermose folliculaire de Darier, mais fait ressortir aussi les différences qui l'éloignent de cette affection et conclut qu'il faut, à côté de la maladie de Paget et de la maladie de Darier, décrire parmi les formes de la psoropermose une

affection présentant les caractères cliniques de l'ichtyose.

GEORGES THIBIERGE

Zona. — V. Valdettaro. Un caso di herpes zoster studiato clinicamente e sperimentalmente nelle proprietà di suoi prodotti cutanei. (Tesi di laurea, in Clinica dermopatica e sifilopatica della R. Università di Genova, par R. Campana, fasc. XI, 1892.)

Chez une enfant de 15 ans, atteinte de zona lombo-sacro-fémoral, dont un certain nombre d'éléments étaient infectés et suppurés, l'auteur a fait une série de recherches bactériologiques comparativement sur les éléments non infectés et sur les éléments suppurés, en ensemençant du bouillon pur, du bouillon additionné d'agar ou de gélatine; il a, de plus, inoculé des lapins avec ces produits. Les cultures et les inoculations du liquide des éléments non infectés ont été absolument stériles, tandis que le liquide des éléments infectés a fourni le staphylocoque doré et a infecté les animaux.

De ces recherches, Valdettaro conclut que l'infection septique est indépendante du processus zoostérien, qu'il s'agit là de deux maladies distinctes.

Georges Thibierge.

#### THÉRAPEUTIQUE

Alumnol. — Heinz et Liebrecht. Alumnol, ein neues Adstringo-antisepticum. (Berliner klin. Wochenschrift, 1892, p. 1158.)

L'alumnol est un sulfonaphtolate d'aluminium. C'est une poudre fine, blanche, non hygroscopique, très soluble dans l'eau. Des solutions de 40 0/0 et plus préparées avec de l'eau chaude ne se décomposent pas par le refroidissement et ne précipitent pas. Dans l'alcool, l'alumnol se dissout, quoique en proportion moindre avec une belle fluorescence bleue.

L'alumnol est en outre soluble dans la glycérine, mais insoluble dans l'éther. L'alumnol est un agent de réduction. Avec le chlorure de fer il donne une coloration bleue qui se produit même avec une dilution très étendue.

Par suite de son pouvoir de réduction, l'alumnol s'altère après un certain temps au contact de l'air, il prend alors une teinte légèrement foncée.

C'est à cette action qu'il faut rapporter l'aspect terne que présentent à leur surface les pommades alumnolées au bout de quelques temps; mais elles n'en conservent pas moins leur solubilité et toutes leurs autres propriétés. Les solutions d'alumnol ont une réaction acide comme toutes les solutions de sels d'aluminium.

Elles précipitent l'albumine, mais elles se distinguent des autres astringents en ce que le précipité se redissout dans un excès d'albumine. C'est à cette propriété que l'alumnol doit de pouvoir pénétrer dans la profondeur des tissus.

L'alumnol a une action antiseptique incontestable. Il empêche la croissance des bactéries. Des solutions à 0,01 0/0 peuvent troubler dans leur développement ultérieur des cultures de bacilles du typhus, du choléra, des bacilles pyocyanique, staphylocoque, etc.; les solutions à 0,4 0/0 empêchent tout développement d'une façon absolue.

L'action astringente de l'alumnol a été constatée dans la pratique chirurgicale. Dans les abcès et les trajets fistuleux les solutions à 10 et 20 0/0 détergeraient rapidement les parties malades. Dans les ulcères à granulations flasques, surtout dans les ulcères de jambe chroniques et torpides les solutions et les pommades à 3 et 6 0/0 auraient une influence favorable; elles diminueraient promptement les sécrétions et la transsudation, exciteraient la formation de granulations et favoriseraient la cicatrisation de l'ulcère

Dans l'endométrite blennorrhagique l'alumnol serait, au dire des auteurs, un agent très efficace. Ils conseillent l'emploi de crayons à 2 et 5 0/0. Parfois pour obtenir un résultat rapide et radical à 10 et même 20 0/0. Ces crayons ont une action caustique, énergique, de sorie que la muqueuse se détache jusque dans la profondeur; leur action est donc analogue à celle du chlorure de zinc, mais beaucoup plus douce; tampons d'ouates imprégnés d'une solution à 10 et 20 0/0.

Dans les maladies de la peau on peut avoir recours aux préparations d'alumnol, soit dans les inflammations récentes, soit aussi — en raison de

leur action profonde — dans les inflammations chroniques, infiltration de la peau, etc.

Les emplâtres et les vernis d'alumnol ont surtout une influence salutaire. Le vernis d'alumnol étendu sur les surfaces malades amène en très peu de temps leur dessiccation. En général il faut employer, dans les inflammations chroniques avec infiltration, des concentrations fortes, 10, 20 et même 50 0/0.

D'après le Dr Chotzen, l'alumnol aurait une action véritablement spécifique dans la blennorrhagie de l'homme. Cet auteur conseille d'injecter, 3 à 4 fois par jour, dans l'urèthre 6 cent. c. d'une solution aqueuse de 1 à 2 0/0 d'alumnol. Après 3 à 6 jours les gonocoques avaient disparu entièrement (c'est-à-dire qu'on ne trouvait pas de gonocoques, durant 4 à 6 semaines d'observation, ni dans les filaments urinaires ni dans le sédiment, etc.).

Après la disparition des gonocoques on s'est borné pour éviter l'irritation de la muqueuse, à une seule injection par jour ou à diminuer la concentration du liquide.

A. Doyon.

## — M. Chotzen. Alumnol. (Berliner klin. Wochenschrift, 1892, p. 1219.)

L'auteur a eu l'occasion d'employer dans l'espace d'une année, l'alumnol dans plus de 300 cas.

1º La poudre d'alumnol pur dans les érosions du gland, du sillon coronaire et du prépuce, dans le chancre mou et les abcès. Il se produit dans ces cas au bout de peu de temps une sensation très passagère de brûlure. La sécrétion de la plaie diminue rapidement. Une seule application de poudre détermine au bout de 24 heures une détersion de la plaie qui saigne légèrement, et après deux jours la cicatrisation a lieu.

2º Alumnol, 10 à 20 p. 100.

Talc et amidon, parties égales.

Avec ce mélange on saupoudre les parties malades dans la balanite, les

érosions, l'eczéma humide, les brûlures légères.

3º Solutions d'alumnol, de 1 à 5 p. 100, dans l'eczéma humide, l'eczéma pustuleux, l'acné de la face, la furonculose, les engorgements ganglionnaires, les uréthrites aiguës avec ou sans gonocoques (de la partie prostatique).

4º Esprit d'alumnol, de 2 1/2 à 10 p. 100.

Traitement consécutif des eczémas, eczéma post-scabiéique, urticaire, sycosis, favus, psoriasis du cuir chevelu et de la face. Après l'évaporation de l'alcool coloré en bleu par l'alumnol il reste un dépôt blanc qui fait paraître la peau comme recouverte de poudre.

5º Pommade d'alumnol (2 1/2, 5, 10 et 20 p. 100) avec la lanoline.

(a)	Alumnol	10	gr.
	Lanoline anhydre		
	Paraffie liquide	35	gr.
	Céresine	5	or.

Eczéma séborrhée du cuir chevelu, psoriasis, favus :

(b)	Alumnol	0,5	(1,0)
, ,	Eau distillée	1,5	(1,0)
	Glycérine	3	
	Pommade lanolinée	15	

Dans l'uréthrite infectieuse en injection dans la partie antérieure de l'urèthre à l'aide d'une seringue proposée par l'auteur; dans la partie prostatique avec la seringue de Tommasoli. On l'emploie aussi dans la blennor-rhagie uréthrale de la femme et dans celle de l'utérus.

(c) Alumnol (10 p. 100 avec de l'onguent mercuriel). L'auteur conseille des frictions avec cette pommade dans les exanthèmes syphilitiques excessivement intenses, elle les ferait disparaître très rapidement.

#### 6º Vernis à l'alumnol.

(a)	Tubercules de salep	10
	Glycérine	20
	Eau distillée	200

Faites cuire jusqu'à consistance de pommade et ajoutez

ra	attes curre jusqu'à consistance de pommade et ajoutez :	
	Alumnol	20
(6	Alumnol	10
,	Adragante bassorine	50
	Salep bassorine	50

On prépare l'adragante bassorine en triturant 1 gr. de gomme adragante avec q. s. d'alcool et en faisant ensuite bouillir avec 50 gr. de glycérine jusqu'à consistance de pommade.

Ces deux vernis appliqués en couches minces, sèchent dans l'espace d'environ 20 minutes et adhèrent pendant 2 à 3 jours. On peut les employer avec succès dans les eczémas modérément humides.

### (c) Vernis à l'alumnol et à la gomme laque :

Laque en tablettes	50
Huile de ricin	10
Alumnol	20
Alcool	150

#### (d) Vernis à l'alumnol et au ricinate de plomb:

Ricinate de plomb	40
Alcool absolu	80
Alumnol	12

On obtient le ricinate de plomb en faisant chauffer ensemble 1 partie d'oxyde de plomb avec 1/2 partie d'huile de ricin.

Ces deux vernis sont indiqués dans le traitement de l'eczéma papuleux, squameux, avec infiltration légère de la peau.

Le vernis de ricinate de plomb séchant plus lentement que celui avec la laque, il faut après l'application du premier recouvrir les parties malades avec une mince couche d'ouate, 20 minutes après le badigeonnage.

#### (e) Vernis à l'alumnol, à l'huile de ricin et au collodion :

Alumnol	 				 					 		 			
Huile de ricin															
Collodion															

## (A)

Alumnol	18
Baume du Canada	10
Collodion	160

- (g) Vernis à l'alumnol et à laque succinique: 10 à 20 0/0.
- (h) Vernis à l'alumnol et à la traumaticine : 10 à 20 0/0.
- (i) Vernis à l'alumnol, à la gomme et au benzol : 10 à 20 0/0.

On dissout 10 gr. de résine élastique dans 500 gr. de benzol, on laisse déposer le mélange et on décante ensuite avec précaution. On ajoute alors par trituration 10 à 20 0/0 d'alumnol.

Les vernis compris entre les formules e et i sont employés dans les dermatoses avec infiltration dure et considérable de la peau.

7º On peut employer aussi l'alumnol sous forme d'emplâtre de 5 à 50 0/0. Ces emplâtres conviennent dans l'eczéma, l'érythème exsudatif, le prurigo, le psoriasis, le lupus, les furoncles, l'épididymite.

L'emplâtre avec l'alumnol 20, mercure 17,5, a une action efficace dans l'érysipèle, les scléroses très infiltrées et en voie de cicatrisation, dans les efflorescences syphilitiques.

8º Les crayons de gélatine et d'alumnol de 1 à 10 0/0 peuvent être utilisés dans l'inflammation du canal cervical et même de l'utérus, dans les trajets fistuleux des abcès de longue durée.

Les crayons fondent rapidement, ils ne provoquent qu'une sensation insignifiante de brûlure, détergent les plaies et favorisent les granulations.

L'auteur passe ensuite en revue l'emploi de l'alumnol dans les diverses maladies de la peau; comme il en a été déjà question à propos des formules ci-dessus, je me bornerai à signaler les résultats obtenus dans quelques dermatoses.

Dans le prurigo, des badigeonnages avec l'alumnol et la laque succinique de 10 à 20 0/0 sont particulièrement efficaces. Le prurit, les papules et l'infiltration dure de la peau disparaissent complètement avec ce traitement dans l'espace de peu de semaines.

Dans les furoncles, l'épididymite et la lymphadénite, des emplâtres de gutta-percha à l'alumnol de 10 à 50 0/0 ont donné de bons résultats.

L'auteur a traité avec succès la lymphadénite inguinale avec des injections sous-cutanées d'alumnol à 1 0/0.

Les injections étaient faites deux fois par semaine non dans la glande, mais dans le tissu conjonctif sous-cutané; elles ne déterminent qu'une légère sensation de brûlure.

Il a aussi traité deux cas de lupus avec l'emplâtre d'alumnol à 20 0/0 et poudrage consécutif avec l'alumnol pur; les résultats ont été très satisfai-

Il résulte des observations faites jusqu'à présent que l'alumnol est un

remède non toxique, antiseptique, astringent dont l'action s'exerce non seulement à la surface, mais encore dans la profondeur.

L'alumnol a sur le nitrate d'argent l'avantage considérable, outre son action profonde, de ne pas provoquer de douleurs, de ne pas tacher le linge. Sa propriété de tuer très rapidement les gonocoques lui assigne précisément dans le traitement du catarrhe uréthral une place à part avant tous les autres remèdes employés dans cette affection. A. Dovon.

Nouveaux remèdes dermathologiques. — Strauss. Uebersicht über neuere Heilmittel in der Dermatologie, Monatshefte f. prakt. Dermatologie. (tome XVI, p. 497).

Lysol ou solution savonneuse de crésol. — A la place du lysol on peut employer la solution savonneuse de crésol, elle a les mêmes propriétés, sa couleur est moins accusée, son odeur moins désagréable et son prix est peu élevé. Voici son mode de préparation : on fait fondre au bainmarie du savon de potasse pur et on ajoute parties égales d'acide phénique. On chauffe la solution jusqu'à ce qu'elle reste claire par le refroidissement et se dissolve dans l'eau distillée. Il se sépare alors une petite quantité de substance résino-gommeuse très adhérente, et il reste un liquide clair, couleur madère, neutre, dont le poids spécifique est 1,06 qui se dissout en

toute proportion dans l'eau, l'alcool, la glycérine.

Europhène. — William S. Gottheil a obtenu de très bons résultats de la pommade d'europhène dans les ulcérations syphilitiques tertiaires. Il a observé les mêmes résultats dans le pityriasis versicolore et la trichophytie du corps (teigne circinée). L'acné et la folliculite ne sont pas modifiées. Quant au prurit sénile, à l'alopécie en aires et à la kératose pilaire, il constata de l'amélioration mais pas plus qu'avec d'autres remèdes. De 7 cas d'eczéma, les cas chroniques furent très améliorés, deux cas guéris; l'europhène a eu une influence moins favorable dans l'eczéma aigu. Dans l'eczéma séborrhéique le résultat a été douteux. Dans trois cas chroniques de cette affection l'influence fut salutaire. La dermatite parenchymateuse, (7 cas chroniques) avec ulcères torpides, fut très améliorée; sur 7 cas de psoriasis, le résultat fut dans 6 cas aussi satisfaisant qu'avec la chrysarobine. L'europhène n'est ni irritant ni toxique. Dans les ulcères vénériens, l'europhène employé en poudre, a, suivant Migneco, une action plus favorable et plus rapide que l'iodoforme.

La sécrétion diminue promptement et la cicatrisation est bientôt complète. Dans les ulcères syphilitiques, sclérose initiale, gommes ulcérées,

les résultats étaient moins bons.

Iodure d'amidon. — Werbitzky recommande, à la place des badigeonnages iodés, des onctions avec la pommade suivante; elle n'est pas irritante et est facilement absorbée :

Iodure d'amidon	3 gr.
Lanoline	
Huile d'acore	III gouttes.

Sulfophénique aluminique et potassique. — Tarozzi le recommande, en raison de son action antiseptique, astringente et styptique, en solutions

aqueuses de 5 à 20 p. 100 dans les ulcères cancéreux, les fistules osseuses, etc.

Sulfure de calcium sulfhydraté. — Cet antiseptique, facile à conserver, non toxique, a été conseillé par Bergh, étendu de 4 à 8 fois son poids d'eau, dans la vaginite, les eczémas, les brûlures, les ulcères. Il faut avoir soin de ne pas mettre cette préparation en contact avec des métaux.

Acide cinnamylique pur. — Landerer recommande dans la tuberculose interne, ainsi que dans celle traitée chirurgicalement, l'acide cinnamylique sous forme de l'émulsion suivante :

Acide cinnamylique	5 gr.
Huile d'amandes douces	
Jaune d'œuf	nº 1
Solution de chlorure de sodium (0,7 0/0).	q. s.

en injection.

Avant de s'en servir, il faut rendre l'émulsion légèrement alcaline par l'addition de 25 p. 100 de lessive de potasse. Dose de 0,1 à 1 c. c.; chez les enfants et les personnes affaiblies, à plus faible dose encore. Deux injections chaque semaine. Dans les processus fistuleux on emploiera des injections et des cautérisations avec l'acide cinnamylique et l'alcool (1 sur 20).

Dans les tubercules lupiques on injectera 1 à 2 gouttes de la solution suivante :

Acide cinnamylique		( 1 gr.
Cocaine muriatique	ââ	1
Esprit de vin		18 gr.

Dans une séance on peut faire jusqu'à dix injections.

Acide phénique boriqué. — D'après Molinari cet acide a, en raison de ses propriétés antiseptiques, une influence salutaire sur les plaies et ulcères vénériens dont il détermine rapidement la guérison. L'acide phénique boriqué n'est pas toxique comme l'acide phénique.

Iodure de calcium pur et desséché. — Trois fois par jour une cuillerée à bouche de la solution suivante dans la syphilis :

Iodure de calcium pur et desséché	10	gr.
Eau distillée	160	D
Eau de menthe poivrée	30	30

Cancroïne. — Adamkiewicz admet, on le sait, la nature parasitaire du cancer. Il regarde comme incontestable cette opinion, en raison des résultats de l'implantation de substance cancéreuse dans les tissus, particulièrement dans le cerveau d'animaux (ces derniers succombèrent sans exception!). Aussi cet auteur pense pouvoir utiliser cette inoculation comme une réaction caractéristique pour établir la nature cancéreuse d'une néoplasie maligne. L'examen du cerveau inoculé lui a montré que la cellule cancéreuse elle-même est le parasite qu'il range parmi les coccidies; il la désigne sous le nom de coccidium sarcolytus. Ces parasites ne se développent que dans l'organisme vivant et sécrètent un poison, la cancroïne, dans lequel il croit pouvoir reconnaître un vaccin efficace contre les parasites eux-mêmes. Dans les tissus cadavériques

récents et indemnes de germe il a trouvé un poison très rapproché physiologiquement de la cancroïne et dont l'action était analogue.

Or, comme la seule base active du tissu du cadavre récent est la choline de Brieger, d'où provient la neurine par l'écoulement de l'eau, Adamkiewicz essaya ces deux bases au point de vue de leurs propriétés thérapeutiques contre le cancer, et constata que chaque introduction de neurine dans un organisme atteint de cancer détermine dans le foyer morbide la mort d'un certain nombre de cellules cancéreuses. Il nommait aussi cancroïne une solution aqueuse de neurine additionnée d'acide phénique et d'acide citrique, en raison de l'analogie physiologique avec la cancroïne proprement dite; il injecta cette solution dans 25 cas de néoplasies malignes. A part une action calmante et désinfectante, ce remède amènerait la disparition des infiltrations cancéreuses.

Extrait fluide antiscorbutique. Extrait fluide de salsepareille composé. — L'auteur donne la formule de ces deux extraits. On la trouvera dans la pharmacopée française.

Pyroborate mercurique. — Tokayer a constaté que ce sel a une action favorable sur les plaies :

Pyrobrate mercurique	1	gr.
Gallate basique de bismuth (dermatol)		gr.

Acétate mercurique résorciné. — O. Ullmann l'a employé en injections contre la syphilis, L'intensité de l'action locale est la même qu'avec l'huile grise et le thymol mercurique.

Acétate mercurique résorciné	5	gr.	6
Paraffine liquide			
Lanoline anhydre	2	gr.	
1 c.c. contient 0,387 de métal.			

Avant l'injection (chaque semaine une injection 0,077 = 0,2 c. c.) il faut porter la solution à 25° C. Dans le même point il ne faut pas injecter plus de 0,01 c. c.

Acétate mercurique tribromophéniqué. — Ullmann emploie la formule suivante :

Acétate mercurique tribromophéniqué	6	gr.	5
Paraffine liquide	18	gr.	
(0.5  c. c. = 0.039  de métal).			

C'est une préparation très active et non irritante. Une fois chaque semaine 1 c. c. de la suspension =0,078 de métal ; il ne faut pas injecter dans un point plus de 0,5 c. c.

Éthylate de sodium desséché. — Gamberini et Monari ont guéri en 20 jours le psoriasis par des frictions avec un liniment composé de :

Éthylate de sodium	20	gr.
Huile d'olive	80	gr.

Il en a été de même pour le lupus érythémateux : raclage et badigeonnages avec des solutions aqueuses à 10 p. 100 ; mêmes résultats dans la maladie de Paget et les ulcères torpides.

Ethylate de sodium desséché	10	gr.
Esprit de savon	35	gr.
Esprit de lavande	5	gr.

Mélangé avec parties égales d'eau pour imbiber des compresses.

Sulfophénate de sodium soufré. — Spiegler en a obtenu de bons effets dans le prurigo sous forme de pommade de 5 à 10 p. 100 avec de la vaseline et de la lanoline, parties égales. Ce remède a sur le naphtol l'avantage d'être absolument non toxique et de ne provoquer aucune irritation, ce qu'il faut prendre en considération lorsqu'il y a en même temps de l'eczéma et de la néphrite. Il a une odeur un peu désagréable. Il contient 33 p. 100 de soufre.

Avec le bleu de pyoctanine, Oker-Blom a guéri l'ulcus rodens. V. Oefele a observé de très bons résultats dans la blennorrhagie avec des bougies ainsi préparées :

Bleu de pyoctanine : 0,1 décigr.

Cire jaune et lanoline : q. s. pour une bougie.

Matin et soir introduire une bougie. (Dans la période aiguë de la blennorrhagie on en introduit plusieurs fois chaque jour, on peut aussi les utiliser comme traitement abortif.)

Résorcinol. — (C'est un composé de résorcine et d'iodoforme.) Biëlajew a constaté de bons résultats de cette préparation dans le chancre, l'ulcère de jambe, les plaies de mauvaise nature, la gale, le psoriasis, l'eczéma et le lichen. En général il calme immédiatement le prurit; il ne faut l'employer pur que dans les plaies gangréneuses ou très atoniques.

Résorcinol	5	gr.
Talc de Venise	20	gr.
udre à poudrer.		

Poudre à poudrer.

Pommade:

Résorcinol	3 gr.
Amidon	2 gr.
Axonge	30 gr.

Sozal (parasulfophénate d'aluminium). — D'après Lüscher, cette préparation serait très efficace, administrée à l'intérieur ou injectée en solution à 1 p. 100, principalement dans la cystite.

Teinture de lycopode. — Greene signale ses propriétés très remarquables dans l'incontinence d'urine. Vraisemblablement ce remède agit en anesthésiant la muqueuse du col de la vessie, en relevant l'énergie du sphincter vésical et en diminuant la sécrétion rénale. On en donne 40 gouttes trois fois par jour ou bien trois cuillerées à bouche chaque jour de la solution suivante:

Teinture de lycopode	25 gr.
Mixture gommeuse	120 gr.
Siron halsamique	90 cen

Permanganate de zinc. — Hertz le recommande en injections dans la blennorragie.

Permanganate de zinc	1 gr.
Eau distillée	
	A Dovo

#### REVUE DE SYPHILIGRAPHIE

Ostéo-arthropathie. — E. Chrétien. Un cas d'ostéo-arthropathie hypertrophiante chez une syphilitique. (Revue de médecine, avril 1893, p. 326.)

Femme de 54 ans, atteinte de lésions ostéo-articulaires offrant les caractères de l'affection décrite par P. Marie sous le nom d'ostéo-arthropathie hypertrophiante pneumique; pas de lésions des poumons ni du cœur; lésions du foie présentant cliniquement et anatomiquement l'aspect du foie syphilitique; la malade n'ayant présenté aucun antécédent de syphilis, l'auteur se demande s'il ne s'agit pas d'une syphilis héréditaire, ce qui est quelque peu douteux vu l'âge de la malade; rapprochant ce fait des cas publiés par Schmidt et Smirnoff, il pense que la lésion ostéo-articulaire peut relever de la syphilis, le virus syphilitique jouant ici le rôle que P. Marie a attribué dans d'autres cas au poison de la bronchectasie et de l'empyème.

Cicatrices syphilitiques. — James Nevins Hyde. The cutaneous cicatrices of syphilis. (Journal of cutaneous and genito-urinary diseases, mars 1893, p. 85.)

L'auteur fait une étude détaillée des cicatrices syphilitiques suivant la région qu'elles occupent: il insiste sur l'importance toute particulière qu'il y a parfois à savoir les reconnaître au point de vue de la médication à instituer contre tel ou tel accident morbide. C'est ainsi qu'il décrit avec la dernière minutie leurs divers aspects au cuir chevelu; il en fait le diagnostic différentiel d'avec le favus, le lupus erythematosus; mais nous ne pouvons être de son avis à propos des folliculites décalvantes et des alopécies innominées (Besnier); il croit pouvoir rattacher la plupart des cas décrits sous les noms de folliculites décalvantes, pseudo-pelade, sycosis lupoïde, alopécies innominées, etc... à des processus soit syphilitiques, soit tuberculeux, soit encore au lupus érythémateux, et il semble, quoiqu'avec beaucoup de discrétion, je dois le reconnaître, accuser les auteurs qui ont parlé de ces affections d'avoir commis des erreurs de diagnostic. Je proteste pour ma part contre de pareilles assertions.

Quand M. le D<sup>r</sup> Nevins Hyde aura observé des faits analogues à ceux dont nous parlons, il sera, j'en suis convaincu, le premier à reconnaître que ni M. Besnier, ni M. Quinquaud, ni moi-même, nous ne nous sommes pas aussi grossièrement trompés.

L. B.

Syphilis du testicule. — P. Tilden Brown, Syphilitic orchitis. (New-York Academy of medicine, 11 avril 1893.)

Le malade était un homme de 22 ans qui eut, en 1888, une ulcération vénérienne ; en juillet 1890, il vit se produire une adénite et trois mois après une éruption secondaire généralisée. Un mois plus tard, son testicule droit commença à grossir, et 1 an 1/2 plus tard on le lui enleva pendant qu'il était enfermé à la prison de Sing-Sing où on lui dit que l'opération était indispensable. Quatre mois plus tard le testicule gauche se mit à grossir à son tour et acquit peu à peu le volume d'une orange. Toute puissance génésique avait disparu. On a discuté à ce propos à la Société la question de la responsabilité de l'État à l'égard du malade. (Nous regrettons de n'avoir pu prendre connaissance du mémoire inextenso du Dr Tilden Brown, car l'histoire de ce cas nous paraît renfermer plusieurs étrangetés.)

Syphilis du système nerveux. — Hammond. Progressive muscular atrophy, probably syphilitic. (New-York neurological Society, 4 avril 1893.)

Il s'agit d'un enfant qui, deux ans auparavant, pendant qu'il ramait, laissa tout d'un coup aller l'aviron qu'il tenait de la main gauche : celle-ci avait brusquement perdu toute puissance. Au bout de cinq minutes environ il put de nouveau se servir de ses doigts à l'exception du pouce, et depuis cette époque la paralysie a toujours augmenté, gagnant progressivement les autres muscles de la main, puis ceux du bras. En ce moment il a des secousses fibrillaires très marquées; il offre de plus de l'hémiatrophie de la langue et de la paralysie d'un des muscles de l'œil; il ne peut ni siffler ni prononcer certains mots. Il a de l'incoordination des mouvements; ne peut pas bien se tenir debout les yeux fermés, et n'a plus de réflexe rotulien : mais il n'y a pas d'autres symptômes d'ataxie. La physionomie générale de l'enfant est celle du syphilitique héréditaire, et son père es actuellement en traitement pour des accidents syphilitiques.

L. B.

Syphilis médullaire. — B. Sachs. Syphilis of the spinal Cord (New-York neurological Society, 4 avril 1893.)

A l'occasion du récent travail d'Erb sur la paralysie spinale syphilitique, le Dr Sachs prend la parole pour dire qu'il n'a nullement l'intention de dicsuter l'existence et le bien fondé du type établi par Erb, mais il pense qu'il faut mettre en lumière certains autres points fort importants pour le diagnostic. Afin de préciser sa pensée, il relate l'histoire de quatre cas de syphilis incontestable de la moelle épinière ; dans trois d'entre eux il y a eu une paraplégie spasmodique très prononcée avec exagération considérable de réflexes : deux d'entre eux présentaient des contractures musculaires légères, dans le troisième elles étaient au contraire aussi accentuées que possible. Dans un seul cas il y avait eu des troubles vésicaux. Dans deux cas le début avait été graduel, dans le troisième il avait été brusque. Voici quels sont les caractères qui ont paru à l'auteur être les plus importants dans les affections syphilitiques de la moelle épinière : 1º la distribution insolite de la maladie sur la plus grande partie de la moelle; parfois elle intéresse les renslements cervicaux, dorsaux inférieurs et lombaires; 2º le peu d'intensité relative du processus morbide quand on le compare avec son extension ainsi que le montre la conservation de quelques-unes des fonctions de la moelle épinière, tandis qu'il y en a d'autres qui sont

complètement perdues; 3º la disparition rapide de quelques-uns de ces symptômes tandis qu'il y en a d'autres qui persistent indéfiniment; 4º la fréquence réelle d'autres symptômes se rapportant à la syphilis dans un point quelconque du système nerveux. Un des caractères les plus importants des lésions syphilitiques de la moelle, quel que soit d'ailleurs le processus anatomique par lequel elles se produisent, consiste en ce qu'elles n'évoluent d'ordinaire que lentement, graduellement, en ce que parfois elles subissent des temps d'arrêt ou même de rétrocession soit spontanés, soit sous l'influence de la médication, puis elles évoluent de nouveau avec une énergie nouvelle. Si l'infiltration morbide part des méninges, elle envahit presque toujours d'abord les cordons latéraux, souvent d'une manière symétrique, et elle s'avance alors fort lentement de la substance blanche vers la substance grise; de là la fréquence des symptômes spasmodiques; puis elle peut envahir la substance grise, donner naissance à des troubles sensitifs, puis à des symptômes d'atrophie.

L. B.

Roséole récidivant tardivement. — Syphilis du rectum. — v. Zeissl. Roseolarecidiv 29 Jahre nach der Infection. 3 Fälle von Mastdarm-syphilis. (Wiener Mediz Presse, 1893, p. 82 et 126.)

Il s'agit d'un homme, âgé actuellment de 56 ans, qui contracta la syphilis en 1856. Il fut traité alors par le calomel à l'intérieur et depuis cette époque il a été indemne d'accidents syphilitiques. Pendant cette année et les années suivantes il avait été soigné par le Dr Zeissl père et était resté sous son observation. En février 1885, ce malade vient consulter l'auteur pour une syphilide maculeuse formant de larges taches, bien circonscrites, couleur jambon, disposées en groupes ou en cercles sur les membres supérieurs et inférieurs. Sur le pénis ainsi que sur les muqueuses on ne trouve pas de signes de syphilis récente ou ancienne.

Une cure de 30 frictions avec l'onguent gris fit disparaître cette éruption; pendant ce traitement et après ce malade prit de l'iodure de potassium,

en tout durant 4 mois.

Au mois de février 1886, il survint sur le bord gauche de la langue et sur la moitié de la lèvre inférieure du même côté (ce malade fumait beaucoup et tenait son cigare dans la commissure buccale gauche) des plaques muqueuses superficielles qui disparurent rapidement sous l'influence d'un traitement local de 25 frictions avec l'onguent gris et de l'iodure de potassium.

En mars 1890, apparition au niveau de l'angle de l'épaule droite et vers le milieu du mollet du même côté, de papules rouges brun foncé, desquamant à peine, très peu saillantes et disposées en disques. Ces plaques cédèrent rapidement à une cure de frictions et à l'application locale de l'emplâtre gris, il prit ensuite pendant trois mois de l'iodure de potassium. Depuis lors il n'y a pas eu de récidive.

Des trois cas de syphilis du rectum, deux ont été observés par H. v. Zeissl en 1875 et 1876, à l'Hôpital général, le troisième a été traité par l'auteur dans sa clientèle. (Les deux premiers cas ont été publiés en détail dans le compte rendu annuel de 1876 de l'hôpital.) Ces trois cas concer-

naient des femmes. La première malade présentait un large ulcère sur la paroi postérieure du rectum que le Dr Zeissl considéra, en raison de l'époque de son apparition, comme une gomme ulcérée. Il existait en même temps d'autres symptômes tertiaires. Cette malade mourut d'une péritonite purulente diffuse et à l'autopsie on trouva, outre des ulcérations dans le vagin et l'urèthre, un trajet fistuleux entre le vagin et le rectum. Le foie, la rate et les reins étaient le siège d'une dégénérescence amyloïde.

Le second cas concernait une femme de 24 ans chez laquelle on constatait un état presque analogue à celui de la malade précédente. Un traitement ioduré et 40 frictions, ainsi que des lavages faits avec soin amenèrent la guérison.

Le troisième cas se rapporte à une femme de 40 ans que l'auteur a eu l'occasion d'observer dans sa pratique privée. Cette malade présentait de nombreuses gommes disséminées sur la peau. Comme elle se plaignait de douleurs en allant à la garde-robe, de selles sanguinolentes et purulentes avec issue de matières fécales par le vagin, v. Zeissl pratiqua le toucher rectal. Le doigt indicateur introduit dans le rectum traversait facilement le sphincter, au-dessus les parois rectales étaient dures et le calibre de l'intestin rétréci. Au-dessous du point où commençait le rétrécissement, à environ 0,5 centim. au-dessus du sphincter, il y avait sur la paroi antérieure du rectum une ulcération par laquelle l'extrémité du doigt pénétrait facilement dans le vagin. Un traitement spécifique, des lavages de l'intestin par le vagin et la cautérisation de l'ouverture fistuleuse déterminèrent la guérison.

A. Doyon.

Syphilis anormale. — ROBERT B. MORISON. An unusual case of Syphilis. (Journal of the cutaneous and genito-urinary diseases, mars 1893, p. 95.)

Il s'agit dans ce cas, d'un malade âgé de 45 ans, qui fut envoyé à Hot Springs, dans l'Arkansas, pour des accidents douteux de syphilis (et jamais on n'a pu savoir si oui ou non il a eu cette affection), qui y fut traité par des doses énormes d'iodure de potassium et par des frictions mercurielles. Sous l'influence probable de cette médication, il vit se développer en plusieurs points du corps, mais surtout sur les membres, une vingtaine d'ulcérations profondes, à bords nettement arrêtés, ayant une tendance marquée à s'étendre jusqu'à ce qu'elles eussent atteint de vastes dimensions, parfois celles de la paume de la main. Le mercure n'avait aucun bon effet sur ces lésions. l'iodure de potassium semblait les provoquer et les aggraver, ce qui parut le mieux réussir ce furent des pansements soigneux faits avec de la pyoktanine en solution saturée dans l'eau que l'on pulvérisait sur les plaies, puis on les recouvrait d'une pommade au salicylate d'hydrargyre au centième, et quand il y avait trop de pus ont les pansait au peroxyde d'hydrogène. Après plusieurs mois, ces ulcérations finirent par guérir; mais tous les essais de traitement interne que l'on fit pendant cette période furent malheureux.

Le Gérant : G MASSON.

IMPRIMERIE LEMALE ET Cle, HAVRE

#### TRAVAUX ORIGINAUX

#### TRAITEMENT ABORTIF

DE LA

# BLENNORRHAGIE PAR LE PERMANGANATE DE POTASSE MODE D'ACTION DE CE PRODUIT

Par M. le D' Jules Janet. (Travail fait à la Clinique des voies urinaires de l'hôpital Necker.)

#### RÉSUMÉ HISTORIQUE

Il est peu de procédés thérapeutiques qui aient subi des fortunes aussi diverses que le traitement abortif de la blennorrhagie.

Tour à tour préconisées, puis rejetées comme inutiles ou dangereuses, les tentatives d'abortion de la chaudepisse ont fait l'objet de nombreux travaux depuis leurs premiers promoteurs Carmicael (1825) et Debeney (1843), jusqu'à nos jours. Parmi les nombreuses méthodes proposées que je ne résumerai même pas, pour ne pas les tirer de l'oubli où elles sont si justement tombées, je ne retiendrai que les méthodes d'abortion par le nitrate d'argent à dose forte et par les divers antiseptiques à doses faibles qui semblent aujourd'hui encore compter beaucoup de partisans. On peut résumer ainsi la première de ces méthodes qui est préconisée par Diday (1).

Diday considère qu'il n'est pas important de faire la recherche du gonocoque avant d'intervenir, vu qu'un écoulement auquel manque le gonocoque n'en est pas moins une maladie à laquelle il est urgent de porter remède. Il recommande de pratiquer les tentatives d'abortion le plus tôt possible : « Il est encore temps si la faible sécrétion est à peine colorée et plutôt muqueuse que purulente, si les bords du méat non tuméfiés, sont à peine teintés d'une rougeur érythémateuse. Tout au contraire la sécrétion fournit-elle dans l'espace de deux à trois heures une goutte bien formée? Ce liquide est-il purulent, le pourtour du méat offre-t-il le plus léger gonflement ædémateux? Il

Traitement abortif de la blennorrhagie. Bulletin médical, 13 mai 1891.

<sup>(1)</sup> DIDAY. Traitement local antiparasitaire de la blennorrhagie. Lyon médical 1884.

1014 JANET

est déjà bien tard » (1). Il pratique l'abortion avec une seringue uréthrale contenant 6 à 7 centim. cubes d'une solution de nitrate à 5 p. 100; cette injection qui remplit le canal antérieur, est maintenue en avant par la pulpe du doigt appliquée contre le méat et refoulée plusieurs fois d'arrière en avant contre cet obstacle, pour distendre les plis du canal et porter la solution sur tous les points contaminés.

Ce procédé est actuellement utilisé par un grand nombre de médecins soit textuellement, soit avec quelques modifications de détail, telles que l'usage de l'instillateur (Pousson) ou la substitution à l'injection concentrée de Diday d'un lavage plus abondant de l'urèthre

antérieur à dose un peu plus faible (Lavaux).

Avant de discuter l'influence que cette méthode peut avoir sur la blennorrhagie à son début, il me semble qu'il convient d'établir une critique sévère des conditions dans lesquelles elle a été employée. Ce dédain de la recherche du gonocoque dans les écoulements à traiter ne constitue-t-il pas une grosse faute qui doit nous rendre fort suspects les résultats obtenus? La vraie blennorrhagie, celle que l'on se propose de faire avorter, c'est évidemment la blennorrhagie à gonocoques, pourquoi s'exposer à traiter comme telles des affections uréthrales totalement différentes?

En recommandant de réserver les tentatives d'abortion aux écoulements très récents, muqueux, sans grands symptômes inflammatoires, en refusant presque de traiter les écoulements purulents à leur début, on fait déjà la sélection entre les vraies blennorrhagies à gonocoques et les autres variétés d'uréthrites et on ne conserve, pour les traiter, que ces dernières, ce qui est un moyen facile d'obtenir une belle statistique.

Précisons: Les 36 malades, qui sont venus jusqu'à ce jour me demander le traitement abortif de leur blennorrhagie et chez qui j'ai constaté la présence indiscutable du gonocoque, avaient tous, au moment de mon premier examen, une goutte absolument purulente et des symptômes très nets de congestion du méat, quelle qu'ait été leur hâte à se présenter chez moi dans le plus bref délai possible (sur ces 36 malades, 19 sont venus me trouver dans les 24 premières heures qui ont suivi la constatation de la première goutte): j'aurais donc dû refuser de les traiter?

La période initiale de démangeaisons et d'écoulement muqueux passe en général inaperçue du malade ou, s'il s'en aperçoit, il l'attribue à la fatigue, aux excès de coïts, etc., il ne commence à se douter de son état d'infection que quand il a constaté la première goutte de pus, c'est alors qu'il vient consulter. J'ai eu à soigner plusieurs étudiants en médecine très au courant des symptômes de la blennor-

<sup>(1)</sup> DIDAY. Bull. med., 13 mai 1891.

rhagie et de l'utilité qu'il y a à la soigner le plus tôt possible et j'ai pu néanmoins constater l'état nettement purulent de leur écoulement au moment de leur première visite.

Je conclus donc que l'écoulement à gonocoques de la vraie blennorrhagie n'est reconnu par le malade que quand il est déjà nettement purulent et que vouloir éliminer du traitement abortif de la chaudepisse les écoulements purulents c'est éliminer la chaudepisse ellemême.

A côté de ces 36 cas, je pourrais en citer 13 autres dans lesquels, si je ne m'étais fié qu'à l'inspection simple du méat, j'aurais pu être tenté de pratiquer le traitement abortif. Parmi ces 13 cas, 6 fois j'ai eu affaire à un écoulement muco-purulent, peu abondant, sans inflammation du méat, survenu dans les premiers jours qui avaient suivi un coït, conditions reconnues comme favorables par Diday; les 7 autres cas avaient une goutte nettement purulente survenue dans les mêmes conditions. Mais l'examen microscopique me révéla dans ces 13 cas l'absence complète de gonocoques : 3 de ces malades avaient une goutte absolument dépourvue de microbes, due à une irritation uréthrale mécanique et chimique sous l'influence d'excès de coït et de boisson; 4 autres présentaient une infection uréthrale par des microbes autres que le gonocoque, sans jamais avoir eu de blennorrhagie précédemment ; les 6 derniers cas étaient constitués par des infections diverses secondaires à une blennorrhagie à gonocoque depuis longtemps guérie.

Sans le secours du microscope j'aurais appliqué à ces 13 derniers cas le traitement abortif et j'aurais probablement obtenu 13 beaux

succès, quelle qu'ait été la méthode employée.

Supposons même que j'aie traité et manqué les 36 cas précédents, j'aurais eu néanmoins une statistique de 13 succès sur 49 cas, ce qui est déjà très respectable et ce qui correspond à peu près aux anciennes statistiques de traitements abortifs pratiqués sans examen micros-

copique.

Est-ce à dire que le traitement abortif par le nitrate d'argent soit complètement inefficace et n'ait jamais donné aucun succès ? non, évidement; nous verrons bientôt, en étudiant le mode d'action des différents agents antiseptiques sur la muqueuse uréthrale, que la réussite est possible en se servant de ce procédé, mais qu'elle est très difficile, forcément presque exceptionnelle. Tout ce que je tiens à établir jusqu'à présent, c'est que l'on est en droit d'élever quelques doutes sur les résultats obtenus dans les traitements abortifs de chaude-pisses pratiqués sans le secours du microscope, et que les seuls traitements abortifs qui méritent d'être discutés sont ceux qui ont été pratiqués sur des infections uréthrales à gonocoques vérifiées bactériologiquement.

1016 JANET

Les autres affections uréthrales, qu'on a le grand tort de vouloir réunir sous le nom commun de blennorrhoïdes et qui sont dues, les unes à une inflammation aseptique de l'urèthre, les autres à des infections diverses primitives, ou secondaires à l'invasion gonococcique, constituent évidemment des maladies importantes qui méritent, elles aussi, d'être avortées, mais il importe de ne pas confondre sous un même nom et de ne pas rendre justiciables d'un traitement identique des affections aussi disparates. Appelons les choses par leur nom, ne nommons pas celles que nous ne connaissons pas, et, quand nous préconisons un traitement pour une maladie, désignons clairement celle que nous visons.

Les traitements abortifs proposés ont prétendu s'adresser à l'infection gonococcique de l'urêthre; ils doivent nous prouver qu'ils ne se sont pas trompés de route; on ne peut accepter comme scientifiques que ceux qui ont été précédés d'une analyse microscopique compétente.

Supposons donc l'analyse microscopique faite et le gonocoque constaté, et voyons jusqu'à quel point il est logique de s'adresser au nitrate d'argent à dose forte pour le combattre.

Pour élucider cette question, il est nécessaire de nous rendre au préalable un compte exact de la répartition des colonies gonococciques dans l'urèthre, au moment où l'on cherche à les attaquer par le traitement abortif.

Nous ne possédons malheureusement pas encore de données très précises à cet égard, il est tellement rare d'avoir l'occasion de pratiquer des coupes d'urêthres affectés de blennorrhagie récente que peu de travaux ont été jusqu'ici publiés sur ce point. Nous pouvons néanmoins tirer parti des quelques notions que nous possédons à cet égard.

Au point de vue de la répartition des gonocoques en étendue, c'est une profonde erreur que de croire, comme on semble le faire généralement, que l'invasion gonococcique est limitée à la partie la plus antérieure du canal, au moment où le malade vient nous consulter pour une blennorrhagie débutante. A ce moment l'affection a déjà évolué sourdement depuis plusieurs jours et rapidement gagné les parties plus profondes du canal, c'est ce qu'ont bien compris les auteurs qui, au lieu de limiter aux premiers centimètres de l'urèthre l'action abortive (Langlebert, injection récurrente), l'ont fait porter sur tout le canal antérieur (Diday, Lavaux); mais il est bon de savoir que quelle que soit la hâte qu'un malade mette à nous consulter, l'urèthre postérieur peut être envahi lui aussi.

Sur mes 15 derniers cas, dont je donnerai plus loin les observations détaillées, 6 fois l'urèthre postérieur était envahi au moment de mon premier examen, comme l'indique le tableau suivant:

Obs.	. 1	infection	antérieure	3	jours après	la 1re goutte
n	2	))	D		heures	»
30	3	30	n	15	3)	30
30	4	30	30	8	»	D
39	5	3)	D	5	jours	3)
10	6	39	3)	14	heures	3)
39	7	3)	3)	4	»	30
30	8	))	30	48	D	<b>»</b>
30	9	n	totale	20	3)	30
<b>D</b>	10	30	n	20	30	»
30	11	30	10	11	))	<b>3</b>
39	12	30	D	4	jours	D
30	13	30	))	4	3)	»
30	14	30	)))	4	))	3)
))	15	))	))	15	heures	D
	-			20		

Ces résultats concordent avec ceux qu'a obtenus Rona, de Budapesth (1). Cet auteur, faisant le recensement des malades qu'il a eu l'occasion d'observer, a reconnu que 90 fois sur 100 l'infection blennorrhagique est totale dans les 8 premières semaines de la chaudepisse:

1re	semaine				•													82,9	p.	100
20	1)																	86,7		))
30	))										 	. ,	 	 				96,6		9
40	30										 		 	 				97.9		D

Ma petite statistique permet d'ajouter à ces résultats que, dans les 4 premiers jours, l'infection gonococcique est totale 40 fois p. 100, c'est-à-dire dans presque la moitié des cas, et dans les premières 24 heures 26,6 fois p. 100, c'est-à-dire dans 1/4 des cas, et cela sans aucune manœuvre capable de refouler en arrière le pus blennorrhagique, mais bien par la simple extension naturelle de l'infection.

Au point de vue de l'extension en surface de l'invasion gonococcique, il faut donc être bien prévenu que l'urèthre postérieur est souvent infecté au début de la blennorrhagie et qu'il n'est pas logique de limiter de parti-pris à l'urèthre antérieur les tentatives d'abortion.

Au point de vue de l'extension de l'invasion gonococcique en épaisseur dans la muqueuse uréthrale, nous possédons de pré-

<sup>(1)</sup> RONA. Ungarische Archiv. für Medicin, 1893.

cieux renseignements dus aux importants travaux de Bockart (1), Bumm (2), Finger (3), Frisch (4).

Bockart, grâce à une inoculation d'une quatrième culture de pus blennorrhagique à un paralytique général, put, huit jours après, faire l'examen microscopique de son urèthre et y constata la présence du gonocoque entre les cellules épithéliales et dans le tissu sous-muqueux; Bumm fit la même constatation sur 26 cas de conjonctivites blennorrhagiques datant de 1 à 32 jours.

Finger, dans deux cas d'uréthrites chroniques, a rencontré des gonocoques soit dans la couche épithéliale superficielle, soit entre elle et les ceuches inférieures de l'épithélium, soit enfin dans le conduit excréteur d'une glande. Frisch a eu l'occasion de pratiquer l'examen histologique d'un cas de gonorrhée rectale et il a observé de très nombreux gonocoques dans le conduit des glandes de Lieberkühn, dans les cellules qui tapissent ces conduits et dans le tissu propre de la muqueuse autour de ces glandes. Les figures qu'il a reproduites dans ce travail sont très instructives à cet égard.

En est-il de même dans la blennorrhagie uréthrale à son début? Les gonocoques dépassent-ils en profondeur la couche superficielle de l'épithélium, pénètrent-ils dans le canal excréteur des glandes uréthrales? Malgré l'absence de preuves palpables de ce phénomène, je n'hésite pas à avouer que je l'admets entièrement et voici sur quelles considérations je m'appuie.

Les examens bactériologiques qui ont puêtre faits soit dans l'urêthre, soit dans la conjonctive, ont nettement prouvé la pénétration profonde et rapide des gonocoques dans les couches épithéliales et dans le tissu sous-jacent. Il est facile de constater la rapidité avec laquelle s'infectent les cryptes du méat, les plus fins trajets para-uréthraux, il est donc logique d'admettre qu'il en est de même dans les parties plus profondes de l'urêthre et que les lacunes et les glandes de ce canal sont très rapidement contagionnées. Enfin l'insuccès même des tentatives d'abortion par les caustiques les plus énergiques, qui détruisent et font desquamer les couches épithéliales superficielles, sont encore une preuve que les gonocoques siègent aussi dans la profondeur de la muqueuse et de ses glandes.

Il me semble établi, d'après les considérations précédentes, que les auteurs qui ont suivi cette voie dans le traitement abortif de la blen-

BOCKART. Beitrag zur Etiologie und Pathologie des Harnröhrentrippers. Vierteljahrschrift für Derm. und Syph, 1883.

<sup>(2)</sup> Bumm. Der mikro-organismus der gonorrhoischen schleimhaut-erkrankungen, 1885.

<sup>(3)</sup> FINGER. Arch. für Derm. und Syph., 1891.

<sup>(4)</sup> FRISCH. Ueber gonorrhea rectalis. Verhandl. dez phys. med. Gesellschaft zu Würzburg, 1891.

norrhagie n'ont pas eu des notions suffisantes sur l'extension de l'invasion gonococcique en étendue et en épaisseur dans la muqueuse uréthrale; ils ont cru n'avoir à lutter que contre des microbes très superficiels dans les portions les plus antérieures du canal, c'est ce qui les a conduit à employer des injections antiseptiques caustiques à doses élevées dans l'urêthre antérieur seul.

Si par hasard ces injections fortes, quelles qu'elles soient, nitrate d'argent, sublimé, iode, arrivent à détruire tous les gonocoques présents, le succès est obtenu; c'est ce qui explique les rares, très rares succès de ces méthodes dans la blennorrhagie vraie à gonocoques. Mais ce hasard est tellement grand, il y a tant de chances de laisser en dessous de la surface cautérisée des gonocoques en parfaite activité, qu'il me semble préférable de renoncer à ces méthodes que l'expérience a démontré être presque toujours inefficaces et probablement toujours dangereuses.

Après avoir fait le procès des méthodes abortives par des injections rares à doses élevées (nitrate d'argent, sublimé, iode), il convient de dire quelques mots d'une autre méthode moins ambitieuse qui se sert des mêmes substances en injections fréquentes à doses faibles. Les auteurs qui s'y sont rangés (Neisser, Lavaux, Philippson: nitrate d'argent; Leistikow, Lewin, Eschbaum, Chameron, Huguet, Brewer, etc. : sublimé; Malécot, salicylate de mercure), ont employé soit les injections à la petite seringue, soit des lavages de l'urèthre antérieur à la seringue ou au siphon. Les expériences faites d'après ces procédés sont en général plus scientifiques que celles qui relèvent de la méthode précédente, et les bons résultats obtenus dans nombre de cas sont indiscutables. Il est évident qu'une bonne antisepsie non caustique appliquée à l'urèthre infecté ne peut que lui être utile, surtout quand on a soin de faire porter l'action désinfectante sur toutes les parties contaminées, sans oublier l'urêthre postérieur quand il est envahi.

Ces procédés détruisent les microbes superficiels au fur et à mesure de leur repullulation, ils débarrassent la muqueuse uréthrale de ses leucocytes, véritables nids à gonocoques qui la réinfectent indéfiniment, ils bloquent les microbes profonds qui finissent par s'épuiser, et peut-être même agissent-ils directement sur eux par l'absorption lymphatique des produits antiseptiques utilisés.

Autant je condamnais les tentatives d'abortion par les injections rares à doses fortes, autant je respecte les tentatives d'abortion par des injections fréquentes à doses faibles, et je suis même persuadé que si ces dernières n'ont pas donné de meilleurs résultats, si elles ont été finalement condamnées par nos maîtres Fournier et Mauriac, c'est qu'elles étaient mal conduites : soit que l'on se contentât de laisser le malade se désinfecter lui-même avec une petite seringue,

1090 IANET

soit que le médecin fit lui-même de grands lavages de l'urèthre, mais en oubliant de laver l'urèthre postérieur infecté et en méconnaissant toutes les précautions minutieuses dont on doit entourer le malade pour réussir une abortion de chaudepisse.

Le traitement abortif de la blennorrhagie par les antiseptiques faibles me semble donc logique, à condition d'utiliser de larges et fréquents lavages de toutes les parties infectées, et j'admets parfaitement les succès qui ont été obtenus par cette méthode. Néanmoins après avoir patiemment expérimenté ce procédé, je l'ai abandonné pour une autre méthode qui semble au premier abord presque identique, mais qui en réalité en diffère totalement, je veux parler des grands lavages de l'urèthre au permanganate de potasse. Avant d'exposer les raisons qui m'ont conduit à cette préférence, je tiens à rappeler en quelques mots l'historique du permanganate dans le traitement de la chaudepisse.

Condy (1857) fut le premier à préconiser les solutions de permanganate de potasse comme antiseptiques. J.-G. Rich (1864) et Van den Corput les utilisèrent à doses fortes, 1 0/0, en injections uréthrales. Zeissl de Vienne (1879) insista beaucoup sur la valeur de ce produit dans le traitement des uréthrites. Spillmann de Nancy adopta cet agent et s'en servit couramment dans sa pratique et dans son service de la maison de secours de Nancy. Weiss (1880) obtint la guérison de deux blennorrhagies récentes en 3 et 4 jours à l'aide d'injections à 1/1000. Gourgues (1881) a obtenu des succès rapides chez les femmes avec des injections uréthrales et vaginales à 1/500. Bourgeois (1885) fit paraître dans les Archives de médecine et de pharmacie militaires un article détaillé où il expose les bons résultats qu'il a obtenus des injections de permanganate à 1/2000. Tous ces auteurs et depuis eux beaucoup d'autres n'ont employé le permanganate qu'en petites injections de l'urèthre antérieur faites par le malade lui-même.

M. le professeur Reverdin emploie depuis longtemps de larges lavages de l'urêthre antérieur à l'aide d'une sonde de Nélaton introduite jusqu'au bulbe et adaptée d'autre part à un siphon. Les doses employées par lui sont faibles, en moyenne 1/5000.

Crivelli (1886) utilisa le même procédé pour apprécier la valeur

antiseptique du permanganate de potasse.

C'est mon ancien collègue, H. Delagenière, qui a attiré mon attention sur les bons résultats qu'on pouvait obtenir du permanganate, il s'en servait couramment dans son service en lavages de l'urèthre antérieur à 1/1000.

Mes premières recherches remontent à 1889. Comme les trois auteurs précédents je me contentai d'abord de laver l'urèthre antérieur, partageant l'erreur où nous étions tous alors, sur la rareté de l'uréthrite postérieure dans les chaudepisses aiguës; ce n'est que plus tard, en 1891, que, mieux renseigné sur la pathologie de la blennorrhagie, et ayant enfin reconnu la fréquence énorme de l'uréthrite postérieure dans la chaudepisse, je me décidai à laver l'urèthre postérieur (quand je le trouvai infecté) aussi consciencieusement que
l'urèthre antérieur à l'aide du lavage sans sonde, méthode alors
vulgarisée par Lavaux. Je crois être le premier à avoir utilisé le permanganate de cette façon. Les résultats que j'obtins alors furent
tellement surprenants, dépassèrent tellement en innocuité et en rapidité tous les résultats que l'on avait obtenus jusqu'alors, que je m'attachai à cette question, pour la mettre totalement au point. Depuis cette
époque jusqu'à aujourd'hui, j'ai varié à l'infini le mode d'application de
ce traitement, les doses employées et l'espacement des lavages, et je
suis arrivé, je crois, grâce à ces tâtonnements, à une méthode aussi
parfaite que possible que je vais résumer en quelques mots.

Je tiens à remercier ici M. le professeur Guyon qui m'a permis d'appliquer cette méthode dans son service, ainsi que ceux de mes confrères français et étrangers qui ont bien voulu l'adopter, en particulier M. le D' Balzer qui l'a expérimentée au Midi et qui, d'après la thèse

du D' Delaroche (1), semble en être satisfait.

#### TRAITEMENT ABORTIF PAR LE PERMANGANATE DE POTASSE

J'ai récemment publié dans les Annales des voies urinaires (avril et juin 1892) et dans le n° du 14 janvier 1893 de la Semaine médicale deux articles sur les applications de cette méthode aux différentes phases de la blennorrhagie et sur les résultats auxquels elle m'avait alors conduit. Je n'ai pas été amené depuis lors à modifier le traitement que je proposais pour la blennorrhagie confirmée, car il me donne toujours les mêmes excellents résultats, à condition de ne pas l'employer dans les cas suraigus; mais il n'en a pas été de même pour le traitement abortif de cette affection, les nombreux échecs que j'avais éprouvés m'ayant décidé à modifier la méthode que j'avais publiée. Ce sont ces modifications que je tiens à exposer ici.

En réunissant tous les cas de traitements abortifs que j'avais pratiqués, j'arrivais à une statistique de 13 succès sur 21 cas, ce qui est loin d'être satisfaisant; j'ajoutais que ces nombreux insuccès tenaient probablement à certains vices de ma méthode et que je comptais obtenir dans l'avenir des résultats beaucoup plus favorables.

Je ne m'étais pas trompé, car, depuis, j'ai eu à soigner 15 cas de chaudepisses récentes qui m'ont donné 13 succès dont 11 très rapides. Ce beau résultat m'encourage à publier dès maintenant les détails

<sup>(1)</sup> DELABOCHE. Traitement de la blennorrhagie par les lavages au siphon. Paris, 1893.

de cette statistique, pour ne pas laisser ceux de mes confrères qui ont bien voulu adopter ma méthode suivre la première voie que je leur avais indiquée, et qui les conduirait probablement aux déboires que j'ai moi-même précédemment éprouvés.

Les principes du traitement abortif par le permanganate restent les mêmes que ceux qui régissent la blennorrhagie en général :

L'uréthrite observée est-elle à gonocoques ?

Est-elle antérieure ou totale?

Existe-t-il des foyers gonococciques para-uréthraux?

L'état inflammatoire de l'urêthre permet-il les lavages?

Nous nous sommes déjà expliqué sur la première question. La recherche du gonocoque est indispensable avant de commencer un traitement abortif. Néanmoins, dans le cas où je n'ai pas un microscope à ma disposition, comme il serait très nuisible de faire attendre le malade, j'ai l'habitude de recueillir la goutte et de faire immédiatement un premier lavage, quitte à suspendre le traitement, si l'examen bactériologique fait ultérieurement dénote l'absence du gonocoque.

La présence du gonocoque étant bien et duement constatée, il reste à préciser sa répartition. Est-il localisé dans l'urèthre antérieur? a-t-il déjà gagné l'urèthre postérieur? a-t-il pu se cantonner dans quelque foyer extra-uréthral? Toutes ces questions sont de la dernière importance; en les méconnaissant, on court à un échec certain. Le permanganate doit agir sur toutes les parties infectées sans exception.

Le diagnostic de l'infection antérieure ou postérieure se fait comme d'habitude par la méthode des deux verres, en s'aidant au besoin de la centrifugation pour l'examen du second. Si ce second verre est absolument clair (le malade étant resté longtemps sans uriner), on peut de confiance s'attaquer à l'urèthre antérieur seul; s'il est trouble, le diagnostic devient plus difficile, car ce trouble n'est pas forcément un signe d'uréthrite postérieure.

Il peut en effet être dû à des sels, carbonates, phosphates, urates, qui se manifestent rapidement chez les blennorrhagiques sous l'influence de leurs préoccupations et de leur changement de régime, à du sang venant de l'urèthre antérieur (hémorrhagie post-mictionnelle de l'urèthre antérieur), à du sperme s'échappant à la fin de la miction sous l'influence d'une longue abstinence sexuelle.

Ce n'est que dans le cas où le second verre contient de nombreux leucocytes et des gonocoques que le diagnostic d'infection postérieure doit être porté.

Du fait qu'une uréthrite est primitivement antérieure il ne faudrait pas conclure qu'elle le restera pendant tout le cours du traitement, elle pourrait parfaitement, soit spontanément, soit sous l'influence d'une pression mal réglée pendant les lavages, se propager à l'urèthre postérieur.

Il faut donc pendant toute la durée du traitement examiner avec grand soin le second verre, avant de commencer chaque lavage, afin de se rendre compte des progrès possibles de l'infection. Ce sont ces examens qui sont rendus particulièrement difficiles par la présence des sels, du sang de l'urèthre antérieur et du sperme.

Les foyers extra-uréthraux du gonocoque sont moins variés dans la période d'abortion que dans la période confirmée. Ils peuvent être constitués par les plis du prépuce, par les anfractuosités de végéta-

tions préputiales ou enfin par les cryptes du méat.

Ces cryptes, constantes chez les hypospades, sont même assez fréquentes chez les individus porteurs d'un méat en apparence normal. Il est très habituel de voir, en entr'ouvrant de semblables méats, une fossette plus ou moins profonde située au niveau de la commissure supérieure. Il ne peut être question ici d'abcès péri-uréthraux, vu qu'ils n'ont pas encore eu le temps de se former. Néanmoins on pourrait à la rigueur dans un cas récent, se trouver en présence d'un abcès des glandes de Tyson, ou d'une infection d'anciens trajets, d'anciennes fistules.

Ces foyers extra-uréthraux doivent être soigneusement désinfectés pendant tout le cours du traitement, rendus accessibles aux lavages s'ils ne le sont pas primitivement, supprimés chirurgicalement s'ils sont impossibles à laver.

Les plis du prépuce doivent être lavés à chaque séance et même entre les séances le plus souvent possible, en particulier après les mictions ; les végétations doivent être supprimées avant de commencer le traitement.

Les cryptes du méat sont lavées à chaque séance avec une canule fine si elles sont larges et peu profondes, si au contraire elles sont étroites et profondes, on les débride de manière à les faire communiquer avec le méat.

Les abcès, s'ils existent, sont largement ouverts et désinfectés le

plus souvent possible.

Enfin, l'état de l'urèthre permet-il le traitement abortif? L'aspect de l'écoulement ne doit pas servir de guide à cet égard, il peut être déjà très abondant et très purulent et cependant facile à guérir; c'est ce qui m'a permis d'étendre beaucouples limites de mes tentatives d'abortion. Le permanganate réussit fort bien dans des cas déjà aigus, inondant déjà le linge de pus verdâtre. La seule condition qui m'arrête, c'est l'état suraigu de la chaudepisse, le gonflement considérable de l'urèthre et du méat, les érections douloureuses pendant la nuit, les douleurs vives en urinant, parce que, dans ces cas, le traitement serait très douloureux, la pénétration du liquide difficile, et les hémorrhagies à craindre.

Appliqué à des cas déjà aigus, le traitement au permanganate ne

mérite plus guère le nom d'abortif; si j'en parle ici c'est que le traitement réellement abortif dans les premières heures de la chaudepisse et le traitement de la chaudepisse aiguë peu inflammatoire sont absolument identiques.

Au point de vue du manuel opératoire les quelques modifications que j'ai apportées à ma méthode sont les suivantes :

Le siphon dont je me sers est un simple tube de caoutchouc de 2<sup>m</sup>,50. J'ai supprimé la petite poire d'amorcement, car ce tube reste toujours amorcé dès qu'il l'a été une fois. Grâce à sa longueur, il forme une anse au-dessous du niveau du méat, le liquide qui reste accumulé dans cette anse après un lavage suffit à amorcer le siphon pour le lavage suivant; on n'a besoin, pour obtenir ce résultat, que de soulever le tube pour amener l'écoulement du liquide qu'il retenait. J'insiste beaucoup sur l'utilité d'une canule de verre à gros bec conique (Fontaine) car ces canules, qui obturent parfaitement le méat sans s'enfoncer dans l'urèthre, permettent de plus de s'assurer de la rapidité de l'écoulement du liquide, grâce aux oscillations d'une bulle d'air qu'on doit avoir le soin de ménager à la partie supérieure de la canule. Comme robinet je me sers d'un robinet de caoutchouc durci, car j'ai reconnu l'inanité des nombreux clamps du commerce.

La partie inférieure du siphon et son robinet plongent perpétuellement dans une solution antiseptique.

L'élévation du récipient qui contient la solution à injecter doit être de 50 centimètres pour un lavage de l'urêthre antérieur seul et de 1<sup>m</sup> à 1<sup>m</sup>,50 pour le lavage des deux urêthres. Il est facile de régler la rapidité d'écoulement du liquide en comprimant plus ou moins le caoutchouc entre les doigts qui le maintiennent.

En cas de susceptibilité extrême du malade ou de résistance anormale de la portion membraneuse, j'emploie comme Lavaux, la cocaïne, mais au lieu de l'injecter au siphon comme il le fait, je l'introduis dans le canal à l'aide d'une petite seringue de 10 centimètres cubes, en recommandant au malade de pousser comme pour uriner; les quelques centimètres cubes qui excèdent la capacité de l'urèthre antérieur pénètrent très facilement dans l'urèthre postérieur et l'anesthésient.

Le malade retient pendant quelques instants la solution dans l'urèthre antérieur en comprimant son méat entre deux doigts.

Cette manœuvre ne présente aucun inconvénient, à condition d'employer une dose faible (1/400).

A la dose de 1/200, chez un malade très névropathe, j'ai une fois vu survenir une syncope assez grave à laquelle l'intoxication cocaïnique n'était probablement pas étrangère.

La seringue dont je me sers pour cet usage est la seringue à cocaïne d'Oberländer de Dresde. La seule modification que j'y aie apportée a consisté à la faire faire de 10 cm. cubes au lieu de 2 (Vergne).

Je n'insisterai pas sur la technique même du lavage sans sonde qui

est aujourd'hui bien connue. Résumons-la néanmoins :

Les solutions de permanganate que j'emploie sont tièdes, je les pré-

pare toujours extemporanément.

Les lavages doivent toujours être faits immédiatement après que le malade vient d'uriner. Il faut donc lui recommander de venir à la

consultation la vessie pleine.

Le malade ayant pissé, on lave d'abord le gland et le prépuce, les cryptes, les canaux accessoires, s'il en existe, puis l'urèthre antérieur à l'aide de la canule de verre. (Les lavages à la sonde forcément incomplets et irritants doivent être absolument rejetés, sauf dans les cas exceptionnels suivants : quand le malade ne vide pas sa vessie spontanément, quand le sphincter membraneux, même après cocaïnisation, ne se laisse pas franchir.) Enfin on force la canule de verre dans le méat et on remplit la vessie, on facilite beaucoup l'entrée du liquide, en recommandant au malade de pousser comme pour uriner. Quand le malade a envie de pisser, on le laisse uriner et au besoin on recommence un second remplissage de vessie dans les mêmes conditions. On lui recommande ensuite de changer de linge, de se laver le gland et le prépuce au permanganate 1/2000 au moins une fois entre les lavages, après les mictions; il est même bon de le condamner à une obstruction complète du méat avec un petit tampon de coton hydrophile.

Au point de vue du choix des doses je tiens à rappeler ici quelques

préceptes généraux très importants :

Il est presque impossible de fixer d'avance une gamme de doses et j'engage beaucoup mes confrères à considérer celles que j'indique comme des moyennes et à ne pas s'attacher à les suivre à la lettre. La dose d'un lavage dépend de l'intensité de la réaction du lavage précédent; plus cette réaction est forte, plus cette dose doit être faible et réciproquement. Il faut s'habituer, d'après le simple aspect du méat, de l'urèthre, de la sécrétion et de l'urine, à reconnaître immédiatement quelle dose peut être employée.

L'urèthre est-il gontlé, le méat œdémateux, la réaction séreuse abondante, la douleur en pissant assez vive : dose très faible, 1/4000. L'urèthre est-il souple, le méat normal, la sécrétion séreuse minime, la douleur en urinant presque nulle : dose moyenne, 1/2000. L'urèthre a-t-il un aspect absolument normal sans sécrétion, l'urine est-elle

claire: dose forte, 1/1000.

Une autre considération bien importante, c'est qu'avec une même dose on peut obtenir des effets totalement différents suivant la façon dont on la manie. Un lavage à dose faible fait lentement, pénétrant mal ou plusieurs fois de suite dans la vessie, donne la même réaction qu'une dose forte. Un lavage à 1/2000 rapidement fait avec peu de liquide, 1/2 litre par exemple, ne pénétrant qu'une fois dans la vessie fera l'effet d'un lavage à 1/4000. Ce même lavage à 1/2000 fait lentement avec un litre de liquide, en pénétrant plusieurs fois dans la vessie, fera le même effet qu'un lavage à 1/1000. Chaque dose peut donc être au gré de l'opérateur forte, moyenne ou faible, celles que j'énoncerai plus loin sont toutes supposées moyennes, ce qui comporte un lavage relativement rapide avec 1/2 litre de liquide pour l'urêthre antérieur ou un litre pour les deux urêthres, en ne pénétrant qu'une seule fois dans la vessie, deux fois au plus, quand la quantité injectée a été minime la première fois, ou quand le permanganate, décomposé par le résidu vésical, n'est pas ressorti bien rouge.

La question de l'écartement des lavages est également très importante. Il varie suivant l'intensité de la blennorrhagie.

La réaction produite par le permanganate durant d'autant moins que la chaudepisse est plus aiguë, les lavages doivent être d'autant plus rapprochés que l'affection est plus aiguë. Dans la blennorrhagie subaiguë et chronique un écartement de 24 heures suffit entre chaque lavage; dans la blennorrhagie aiguë ou débutante l'écartement que j'avais à tort primitivement fixé à 5 heures doit être de 12 heures; mais, au bout de très peu de jours (2 ou 3), l'état devenant moins aigu, l'écartement peut être augmenté et nous arrivons à un intervalle de 18 heures; plus tard encore vers le 6° jour, il n'y a plus aucun inconvénient à arriver à l'intervalle de 24 heures.

D'après ces données, établissons une formule moyenne de traitement abortif :

Tableau 1. — Traitement abortif d'une uréthrite antérieure. (Lavages de l'urèthre antérieur avec 1/2 litre de solution.)

1er jourheure	de la 1 <sup>re</sup> visit	e	9 h. s.
	vant l'aculté		-,
2º jour	9 h. m. 1/3000		9 h. s. 1/4000
3º jour		. 2 h. après midi	
4º jour	9 h. m. 1/2000		9 h. s. 1/4000
5° jour		. 2 h. après midi 1/2000	
6° jour		. 2 h. après midi 1/1000	
7º jour		. 2 h. après midi	
8. jour		. 2 h. après midi	

e

0

Le premier lavage varie suivant l'acuité de la chaudepisse, on emploiera une dose d'autant plus forte qu'elle sera moins aiguë.

Quand on fait deux lavages dans la même journée, le second doit toujours être faible (1/4000).

Je fais deux lavages le quatrième jour parce qu'un écart de 24 heures serait trop [considérable, et qu'un écart de 18 heures conduirait à opérer pendant la nuit.

Il est bien entendu qu'il faut toujours se tenir prêt à passer au tableau suivant si l'urêthre postérieur s'infecte pendant le traitement.

TABLEAU 2. — Traitement abortif d'une uréthrite totale. — Lavages des deux urêthres (1/2 litre pour l'urêthre antérieur, un ou deux remplissages de la vessie pour l'urêthre postérieur).

1er jourheu	re de la 1rº visite		9 h. s.
	1/4000		1/4000
2º jour	9 h. m.	•••••	9 h. s.
	1/3000		1/4000
3º jour		•	
		1/2000	
4º jour	9 h. m.	•••••	9 h. s.
	1/2000		1/4000
5° jour		2 h. après midi	
		1/1000 U. A, 1/2000 U. P.	
6º jour		2 h. après midi	
•		1/1000	
7º jour		2 h. après midi	
		1/1000	
8º jour		2 h. après midi	
		1/500 U. A. 1/1000 U. P.	

Le premier lavage est de 1/4000 parce que ces uréthrites totales sont déjà relativement aiguës et pour habituer le malade au lavage sans sonde. Les doses montent ensuite progressivement. Je recommande de ne pas employer la dose de 1/500 pour l'urèthre postérieur, elle produirait un ténesme pénible.

Je répète encore que ces doses et ces écarts n'ont rien de fixe, mais enfin c'est une moyenne qui me semble devoir réussir dans la majorité des cas, à condition de savoir bien manier le lavage sans sonde. Le choix des heures n'a rien d'absolu. Si le malade vient à la consultation vers deux heures de l'après-midi, il faut immédiatement lui faire son lavage, le second lavage sera fait le même soir de 9 à 10 heures. Les autres lavages seront faits d'après les tableaux précédents, en suivant à peu près les écarts indiqués. Il n'y aurait aucun inconvénient à avancer ou reculer un lavage d'une ou deux heures.

Le second tableau s'appliquant aux uréthrites totales, forcément déjà un peu aiguës, pourra être appliqué de même aux chaudepisses aiguës qui datent déjà de quelques jours, ou à celles qui succèdent à 1028 JANET

l'état suraigu après 8 ou 15 jours de traitement antiphlogistique. Néanmoins il faut savoir que les uréthrites aiguës sont assez difficiles à réussir en une série; on est souvent forcé de faire deux séries de lavages ou de prolonger la première pendant 15 à 20 jours.

Les effets de ce traitement sont très intéressants : dans les premières heures qui suivent le lavage il existe un peu de sécrétion blanchâtre, bientôt remplacée par un écoulement séreux clair, quelquefois un peu rosé (si les doses ont été trop fortes); puis survient une période de sécheresse presque absolue du canal; plus tard encore, et pour ainsi dire subitement, l'écoulement purulent réapparaît et avec lui les gonocoques qui avaient presque totalement disparu pendant les phases précédentes. C'est ce retour de la sécrétion purulente qui indique la fin de l'action du lavage; il s'effectue, nous l'avons vu, d'au-

tant plus vite que la chaudepisse est plus aiguë.

Dans un traitement bien conduit les lavages doivent se succéder sans que ce retour offensif ait jamais lieu. Un lavage devrait toujours tomber dans la période de sécheresse qui suit la réaction séreuse du lavage précédent ; si on y arrive, le traitement marche avec une rapidité extraordinaire. Il n'y a du reste aucun inconvénient à faire coıncider un lavage avec la réaction séreuse du précédent, cela arrive forcément, mais il est très nuisible d'attendre le retour de la sécrétion purulente : c'est ce qui se produit par exemple quand une séance est manquée du fait du malade ou du médecin. On retrouve dans ce cas son patient coulant abondamment, souvent beaucoup plus qu'au début du traitement et on a ensuite beaucoup de peine à rattraper le temps perdu. C'est dans ces cas que l'on éprouve des échecs, facilement réparables du reste en laissant le malade se reposer pendant 8 jours et en reprenant ensuite le traitement sur de nouveaux frais. J'ai bien rarement manqué cette seconde série même chez les malades les plus aigus que j'ai traités.

Autre question importante :

Quand peut-on supposer que le malade est guéri? C'est là une des grosses difficultés de ce traitement. Quand il est bien conduit, à partir du premier lavage, on ne trouve plus trace de gonocoques dans l'écoulement ni dans les filaments, on n'a donc aucun guide pour savoir quand le malade est réellement guéri. Après avoir réussi bien des traitements en 1, 2, 3, 5, 7 lavages, je me suis fixé au chiffre 10 ou 11 pour les abortifs, 9 pour les autres cas, parce que c'est en m'en tenant à ces chiffres que j'ai éprouvé le moins d'échecs. Peut-être mes malades sont-ils déjà guéris à partir du 5° lavage, mais je préfère dépasser le but que de risquer de ne pas l'atteindre.

Quand on arrive au 10° ou 11° lavage, qu'il est souvent bon de faire à 1/500 dans l'urèthre antérieur, en général l'uréthre est complètement sec, l'urine est claire et ne possède que très peu ou pas de filaments. Quelquesois il reste un peu de sécrétion muqueuse, surtout si les doses ont été trop fortes. Le malade entre alors dans la période d'observation, on lui recommande de continuer à mener une vie régulière et de bien s'observer tous les matins. A la moindre goutte blanche il doit accourir ; s'il n'en voit pas, il ne doit revenir que 8 jours après le dernier lavage. Quand la récidive se produit c'est en général du 2° au 5° jour après le dernier lavage. Cet accident m'est arrivé trois sois sur mes quinze derniers cas, la première sois parce que je n'avais pas découvert un trajet situé près du filet et résultant d'un ancien abcès d'une glande de Tyson (obs. 13), les deux autres sois parce que j'avais pendantma première série de lavages méconnu l'infection de l'urèthre postérieur (obs. 2 et 7).

En cas de récidive, on reprend immédiatement les lavages : quelquefois deux ou trois suffisent; d'autres fois il faut refaire une série complète, mais qui, alors, peut être faite avec un écartement de

24 houres.

Si la récidive n'a pas lieu, le malade revient au bout de 8 jours. Si le traitement a été bien conduit, le méat est complètement sec, l'urine sans filament, le malade est totalement guéri. Par acquit de conscience je lui fais faire une réaction par la bière et huit jours après je lui permets de reprendre le coît, avec des précautions antiseptiques toutes spéciales pour éviter les infections secondaires auxquelles il est très exposé pendant les deux mois qui suivent l'abortion de sa chaudepisse (1).

D'autres fois le malade conserve encore un léger écoulement muqueux limpide, dans ce cas je fais un petit lavage de nitrate d'argent à 1/2000 dans l'urêthre antérieur. Ce lavage sert à la fois de réaction pour prouver la disparition réelle du gonocoque et de traitement pour cette légère uréthrite, si elle est aseptique. On peut alors le renouveler en cas de besoin. Dans les cas où la guérison est moins parfaite, je tâche d'empêcher le malade de coîter le plus longtemps possible et d'éviter tout excès, pour laisser à l'uréthrite chimique qui subsiste le temps de disparaître complètement.

Fréquemment, pendant les quelques semaines qui suivent la fin du traitement, les malades reviennent éplorés me montrer une goutte blanche purulente assez abondante. Il est alors facile de leur faire avouer qu'ils ont coîté la veille et de voir au microscope qu'ils ont été infectés par diverses espèces de coques ou de bacilles récoltés dans le vagin de leur partenaire.

Dans ce cas, un ou deux lavages de sublimé de 1/20000 à 1/10000, suffisent à faire disparaître ces microbes, en général cantonnés dans

ANN. DE DERMAT. - 3° Sio, T. IV.

<sup>(1)</sup> Voir à ce sujet mon article : Réceptivité uréthrale et utérine, Blennorrhagie et Mariage. Annales des voies urinaires, août 1893.

l'urèthre antérieur. Pour éviter le retour de semblables accidents, je leur conseille de se laver soigneusement le méat au sublimé à 1/3000 après les coîts, ou de coîter avec un condom pendant les premiers mois qui suivent leur guérison.

#### OBSERVATIONS

Oss. 1. — S..., 37 ans. Uréthrite antérieure à gonocoques datant de 3 jours, état subaigu, écoulement purulent assez abondant. 3° infection gonococcique. Guérison en 8 jours.

Coît infectant, 11 février 1893 ; apparition de l'écoulement le 14 février. Début du traitement le 19 février. Les lavages antérieurs sont faits d'après le 1° tableau reproduit plus haut. Le 26 février, guérison complète vérifiée.

Obs. 2. — E..., 23 ans. Uréthrite antérieure à gonocoques datant de 24 heures. Petite goutte blanche purulente, 2° infection gonococcique. Guérison en 13 jours.

Coît infectant, 23 mars 1893; 1re goutte 27 mars. Traitement 28 mars. Série régulière de 9 lavages antérieurs, récidive au bout de 48 heures (infection totale), 2° série de 8 lavages des deux urêthres (2° tableau).

9 avril. Guérison avec persistance d'un léger écoulement muqueux qui a rapidement disparu.

Dans ce cas la récidive a probablement eu lieu parce que l'urèthre postérieure s'est infecté, sans que je m'en aperçoive, pendant la première série de lavages antérieurs.

Obs. 3. — C..., 20 ans. Uréthrite antérieure à gonocoques datant de 15 heures. Goutte jaune purulente abondante, 3° infection gonococcique. Guérison en 6 jours.

20 avril 1893. Coït infectant. 1re goutte 28 avril. Traitement 29 avril. 10 lavages antérieurs.

1/1000	1/4000
1/2000	1/4000
1/2000	1/2000
1/2	000
1/1000	1/4000
3 /	003

5 mai. Guérison complète vérifiée.

Oss. 4. — B..., 22 ans. Uréthrite antérieure à gonocoques, datant de 8 heures, goutte blanche purulente, 2º infection gonococcique. Guérison en 8 jours.

Coît infectant, 10 décembre 1892. Apparition de la goutte, 14 décembre. Traitement, 14 décembre : 10 lavages antérieurs (tableau 1). 22 décembre guérison complète vérifiée.

Oss. 5. — Même malade. Uréthrite antérieure à gonocoques datant de 3 jours, écoulement purulent, abondant, état subaigu, 3º infection gonococcique. Guérison en 6 jours.

Coît infectant 27 février 1893. 1<sup>re</sup> goutte 1<sup>er</sup> mars. Traitement 4 mars. 8 lavages antérieurs à 18 heures d'intervalle progressifs de 1/4000 à 1/500. 9 mars, Guérison complète vérifiée.

Obs. 6. - M..., 26 ans. Uréthrite antérieure à gonocoques datant de

14 heures. 3º infection gonococcique. Petite goutte blanche purulente. Guérison en 8 jours.

Coït infectant, 28 mars 1893. Apparition de la goutte, 5 avril. Traitement, 6 avril. 10 lavages antérieurs.

1/2000		1/2000
1/2000		1/2000
	1/2000	
	1/2000	
	1/2000	
	1/2000	
	1/1000	
	1/500	

14 avril, guérison vérifiée. Persistance dans le 1er verre de quelques filaments qu'il présentait avant cette dernière infection.

OBS. 7. — M..., 26 ans. Uréthrite antérieure à gonocoques datant de 4 heures, goutte jaune purulente abondante. 1<sup>re</sup> infection gonococcique. Guérison en 38 jours; 2 séries de lavages séparées par 15 jours de repos.

Coït infectant, 16 mai 1893.1<sup>re</sup> goutte 18 mai. Traitement, 18 mai, 1<sup>re</sup> série et lavages antérieurs (tableau 1). Récidive par méconnaissance d'une uréthrite postérieure survenue dans le cours de cette première série. État rapidement aigu. 15 jours de repos, reprise du traitement en état aigu. 24 juin. Guérison complète et vérifiée en 13 jours de lavages des deux urèthres (tableau 2).

OBS. 8. - Fl..., 40 ans. Uréthrite antérieure à gonocoques datant de 48 heures,  $2^{\circ}$  infection gonococcique. Goutte jaune purulente abondante. Guérison en 6 jours.

Coît infectant le 30 août; 11 goutte 3 septembre. Traitement, 5 septembre; 10 lavages des deux urêthres; 11 septembre guérison complète vérifiée.

1/2000 1/4000 1/2000 1/4000 1/2000 1/2000 1/2000 1/1000 1/4000 1/500 UA. 1/000 UP

Ons. 9. — B..., 33 ans. Uréthrite antérieure à gonocoques datant de 8 heures ; 3° infection blennorrhagique. Chancres mous. Insuccès.

Coït infectant, 25 septembre 1893. 1<sup>ro</sup> goutte 1<sup>er</sup> octobre. Traitement 1<sup>er</sup> octobre, 7 lavages des deux urèthres (tableau 2). Je suis arrêté par le développement des chancres mous.

OBS. 10. — C..., 30 ans. Uréthrite totale à gonocoques datant de 10 heures. Écoulement purulent jaune abondant. 3e infection gonococcique guérie en 7 jours.

Coït infectant, 6 juillet 1891. 1re goutte 11 juillet. Traitement, 11 juillet, 10 lavages des deux urèthres.

1/4000 1/2000 1/2000 1/2000 1/1000 1/4000 1/1000 1/1000 1/1000 1/500 UA. 1/1000 UP 18 juillet, guérison complète vérifiée.

Obs. 11. — L..., 38 ans. Uréthrite totale à gonocoques datant de 20 heures, goutte blanche purulente. 3° infection gonococcique. Guérison en 10 jours.

Coît infectant 16 février 1893. 1re goutte 21 février. Traitement 22 février, 13 lavages des deux urèthres (tableau 2). Guérison complète vérifiée le 3 mars.

Obs. 12. — R..., 24 ans. Uréthrite totale à gonocoques datant de 11 heures, écoulement jaune très abondant, 1<sup>re</sup> infection blennorrhagique. Guérison en 8 jours.

Coït infectant 10 février 1893, 1re goutte 13 février. Traitement 13 février, 8 lavages des deux uréthres.

1/1000	1/400
	1/2000
	1/2000
	1/2000
	1/2000
	1/1000
1/500 T	JA. 1/000 UP

21 février. Guérison complète et vérifiée.

Obs. 13. — B..., 22 ans. Ûréthrite totale à gonocoques datant de 4 jours, état aigu. Petit trajet para-uréthral d'abord méconnu. 3º infection gonococcique. Guérison en 25 jours, 2 séries de lavages.

Coît infectant, 22 mai 1893. 1<sup>re</sup> goutte, 24 mai. Traitement, 28 mai, 1<sup>re</sup> série (tableau 2) 15 jours, récidive au bout de 2 jours. Je m'aperçois qu'il existe un petit trajet para-uréthral, suite d'un ancien abcès incisé au niveau du frein. 2° série de lavages avec désinfection du trajet à la seringue d'Anel. Guérison complète et vérifiée en 8 lavages.

Obs. 14. — R..., 23 ans. Uréthrite totale à gonocoques aiguë de 4 jours, profonde crypte au niveau du méat. 1<sup>re</sup> infection gonococcique. Insuccès après 15 jours de traitement.

Cort infectant, 10 juin 1893, 1<sup>re</sup> goutte 17 juin. Traitement en état absolument aigu 20 juin, 15 jours de traitement à doses progressives de 1/5000 à 1/500. Insuccès.

Oss. 15. — W..., 19 ans. Uréthrite totale à gonocoques datant de 18 heures, 4° infection gonococcique. Guérison en 10 jours.

Coït infectant, le 8 septembre Traitement, 9 septembre; 10 lavages des deux urèthres pratiqués tous les matins à 24 heures d'intervalle, s'élevant progressivement de 1/4000 à 1/5000. Le soir, injection à la petite seringue faite par le malade lui-même avec le permanganate à 1/2000.

20 septembre. Guérison complète vérifiée, ce malade a été traité à la Clinique de l'hôpital Necker.

En résumé, sur ces 15 cas comprenant au début du traitement 9 uréthrites antérieures et 6 uréthrites totales datant de quelques heures à 5 jours, j'ai obtenu :

Deux insuccès complets rendus excusables: l'un par l'état très aigu de l'affection qui datait déjà de 4 jours et par la forme du méat dont j'ai eu le tort de ne pas inciser le divercule (obs. 14), l'autre par le déve-

loppement de chancres mous qui rendaient la désinfection du prépuce très difficile (obs. 9); 3 succès retardés (13 jours, 25 et 38 jours) dont deux (obs. 2 et 7) par méconnaissance de l'établissement d'une uréthrite postérieure pendant le cours du traitement et un par méconnaissance d'un ancien trajet para-uréthral (obs. 13); 10 succès rapides en 6 à

10 jours.

J'aurais peut-être pu m'épargner deux demi-insuccès (obs. 2 et 7) en lavant de parti pris dans tous les cas les deux urêthres et l'on, pourrait être tenté en conséquence d'établir en principe la nécessité de ce lavage complet dans tous les cas de blennorrhagie, quelque récents qu'ils soient. Tel n'est pas mon avis, si le lavage des deux urèthres doit être la règle dans les chaudepisses qui ont eu quelques jours pour évoluer, il n'en est pas de même au début de cette affection. Puisque nous avons la chance dans ce cas d'avoir affaire à des uréthrites purement antérieures, il faut savoir en profiter, ne fût-ce que pour épargner au malade les petits désagréments (légère douleur, mictions fréquentes pendant les deux heures qui suivent le lavage) inhérents au lavage des deux urèthres. Un traitement abortif ne portant que sur l'urèthre antérieur est absolument indolore et n'incommode en rien le malade; nous ne pouvons nous priver de ces avantages précieux, mais nous devons savoir nous départir à temps de cette réserve et attaquer sans hésitation l'urèthre postérieur au moindre soupçon d'infection de cette partie du canal, quitte à revenir aux lavages antérieurs si ces soupçons ne se confirment pas. Néanmoins, je conseille à ceux qui n'ont pas une grande habitude de ce genre de traitement de faire dans tous les cas le lavage des deux urêthres, même si l'uréthrite ne semble qu'antérieure (c'est ce que j'ai fait pour les obs. 8 et 9). Ce procédé ne présente aucun inconvénient et évite des recherches souvent très difficiles.

#### MODE D'ACTION DU PERMANGANATE DE POTASSE

On pouvait être tenté au premier abord de considérer l'action du permanganate de potasse sur l'infection gonococcique comme une action purement antiseptique. C'est ce qu'ont cru tous les auteurs qui se sont servis depuis longtemps de cette substance. L'expérience m'a prouvé qu'il n'en était rien, que le permanganate n'agit pas sur le gonocoque comme un antiseptique ordinaire, mais qu'il le détruit par un procédé absolument spécial et qui s'écarte complètement des lois connues de l'antisepsie.

Bien des considérations militent en faveur de cette manière de voir.

Le permanganate à dose plus faible que 1/1000 n'a qu'un pouvoir bactéricide très minime, or il m'est arrivé bien souvent d'obtenir des 1034 JANET

guérisons très faciles, en m'en tenant à la dose de 1/2000 et même une fois de 1/4000.

Des antiseptiques beaucoup plus puissants et aussi bien tolérés par la muqueuse uréthrale, tels que le sublimé et le nitrate d'argent, peuvent bien à la longue débarrasser un urêthre de ses gonocoques, mais ils sont bien loin d'égaler l'action pour ainsi dire subite du permanganate à faible dose, qui du reste n'échoue pas dans les cas où ceuxci ont échoué.

La disparition immédiate et définitive des gonocoques après quelques lavages de permanganate, malgré la situation profonde qu'ils occupent dans la muqueuse où ils sont à l'abri de son action directe, la réussite du traitement au permanganate dans les cas d'infection de la prostate et de l'utérus, cas dans lesquels les gonocoques sont si profondément situés, s'expliqueraient bien difficilement par une action purement antiseptique, les lavages étant trop peu prolongés pour qu'il soit possible d'admettre une absorption lymphatique suffisante de l'agent antiseptique.

Le permanganate à dose trop forte ou en lavages trop rapprochés, au lieu de gagner en pouvoir microbicide, semble totalement perdre son action sur le gonocoque qui pullule dans ces conditions et réci-

dive malgré tous les efforts de l'opérateur.

Toutes ces considérations reposent sur des faits que je ne puis retracer ici parce qu'ils appartiennent en partie au traitement de la blennorrhagie confirmée et qu'ils nous écarteraient trop de notre sujet ; ils sont du reste bien faciles à vérifier.

En quoi diffère donc l'action du permanganate sur la muqueuse

uréthrale de celle des autres antiseptiques?

Les antiseptiques ordinaires n'agissent que superficiellement en détruisant tous les gonocoques situés à la surface de la muqueuse, mais n'attaquent que difficilement ou pas les gonocoques profonds. L'action antiseptique est limitée à l'instant où le lavage est fait, peu de temps après, la sécrétion purulente qu'ils déterminent, loin d'être un mauvais terrain de culture pour les gonocoques épargnés, favorise plutôt leur développement, c'est ce qu'il est facile de constater quelques heures après un lavage de nitrate d'argent et c'est sur ce fait qu'est basée la réaction révélatrice du gonocoque proposée par Neisser. Un second lavage détruit cette poussée microbienne et ainsi de suite, si bien que finalement les gonocoques profonds épuisés meurent spontanément. Tel est le mécanisme de la guérison de la blennorrhagie par les antiseptiques ordinaires, mais cette guérison est lente à obtenir et peu sûre, les récidives sont fréquentes après la cessation du traitement.

Si le permanganate est employé à dose trop forte, en lavages trop prolongés ou trop rapprochés, il détermine une réaction séreuse intense qui ne tarde pas à devenir purulente et dans laquelle on retrouve alors de nombreux gonocoques. Dans ce cas le permanganate agit comme les antiseptiques précédents et ne conduit que très difficilement à la guérison définitive.

Si au contraire il est employé à doses bien réglées, il détermine une réaction séreuse très minime, mais durable, accompagnée d'un léger œdème de l'urèthre. Tant que cet état dure, il est impossible de retrouver un microbe dans la sécrétion uréthrale. Il semble que les gonocoques ne puissent pas cultiver dans ce milieu séreux qui ne leur est pas habituel et les succès du traitement au permanganate prouvent que les microbes profonds, si loin qu'ils soient situés de la surface uréthrale, sont influencés de la même manière par l'œdème de l'urèthre qui a modifié leur terrain habituel de culture. Si l'on prolonge assez longtemps cet état de l'urèthre, leur destruction complète est assurée.

Ce qu'il faut chercher dans le traitement au permanganate ce n'est pas simplement à laver la muqueuse, c'est à mettre cette muqueuse dans un état de réaction spécial qui doit rester toujours le même pendant toute la durée du traitement; or, cet état est d'autant plus fugace que la blennorrhagie est plus aiguë : de là la nécessité de rapprocher les lavages dans les cas aigus; d'autant plus difficile à obtenir que la muqueuse uréthrale est plus saine : de là la nécessité d'élever les doses à mesure que la guérison approche.

Il faut par expérience connaître cet état, le rechercher, l'atteindre et s'y tenir ensuite pendant quelques jours, sans reculer et surtout sans le dépasser, c'est là le secret, le tour de main du traitement au permanganate; c'est là ce qui nous force à varier à chaque instant nos doses, à varier même par la durée du lavage les effets d'une même dose.

Ce n'est évidemment que par l'habitude que l'on peut acquérir cette expérience, néanmoins je ne crois pas téméraire d'affirmer qu'en s'en tenant aux moyennes que j'ai indiquées plus haut : tableau 1 pour les uréthrites antérieures récentes ; tableau 2 pour les uréthrites totales récentes ou aiguës (non suraiguës), le même 2° tableau, moins les lavages du soir, en espaçant les lavages de 24 heures, pour les uréthrites subaiguës ou chroniques à gonocoques, on réussira dans l'immense majorité des cas à guérir en quelques jours l'infection gonococcique, à condition de bien savoir manier le lavage sans sonde et de poursuivre le gonocoque dans ses foyers para-uréthraux quand ils existent.

Pour en revenir à la question du traitement abortif, nous pouvons conclure que le permanganate de potasse en grands lavages méthodiquement faits est de beaucoup supérieur à toutes les autres méthodes qui ont été proposées jusqu'à ce jour. 1036 JANET

Ses avantages sont: d'être absolument indolore dans les cas d'uréthrites antérieures, à peine douloureux dans les cas d'uréthrites totales (infiniment moins douloureux qu'une instillation), de pouvoir être commencé sans aucun inconvénient avant que le microscope n'ait donné la preuve de la nature gonococcique de l'écoulement, quitte à être abandonné, si cet examen est négatif, de n'avoir aucune action nuisible sur la muqueuse uréthrale, ce qui est prouvé par l'absence presque absolue de desquamation épithéliale pendant toute la durée du traitement, de supprimer toute trace d'écoulement à partir du premier lavage et enfin de réussir 13 fois sur 15, mettons même 11 fois sur 15 en supprimant mes deux plus mauvais cas, ce qui est un assez beau résultat, étant données les conditions dans lesquelles se sont produits les insuccès.

La seule objection que l'on pourrait nous faire, c'est que c'est un

traitement pénible pour le malade et pour le médecin.

Pour le malade, il ne me semble pas exagéré de le condamner à dix visites régulières, pour le débarrasser complètement d'une blennorrhagie qui lui aurait duré plusieurs semaines ou plusieurs mois et cela sans lui abîmer l'estomac et les reins par des médications

internes plus ou moins inefficaces.

Pour le médecin, il est évidemment plus à plaindre; il est obligé de faire des lavages plus ou moins tardifs dans le traitement abortif et il lui est impossible d'abandonner ses malades le dimanche ; dans le but d'alléger sa tâche, je cherche à simplifier encore mon traitement et j'essaye actuellement de substituer aux lavages du soir dans les abortifs et aux lavages du dimanche de simples injections de permanganate de 1/1000 à 1/2000 faites par le malade lui-même avec une petite seringue uréthrale. Mes premiers essais dans ce sens (obs. 15) m'ont donné de très bons résultats et je n'hésite pas à conseiller ce procédé à ceux de mes confrères que la rigueur de ma méthode effraierait; ces petites injections faites dans ces conditions ne présentent aucun des dangers qui leur sont d'habitude inhérents et elles semblent suffire à entretenir les réactions permanganatiques jusqu'au lavage suivant. Néanmoins je n'ai pas encore assez d'expérience de cette dernière modification de mon traitement, pour pouvoir la recommander sans restriction.

# DES TRÊVES DANS LES MANIFESTATIONS CUTANÉES DE LA TUBERCULOSE

Par H. Hallopeau.

(Communication faite au 3° Congrès pour l'étude de la tuberculose, 20 juillet 1893).

Les tuberculoses de la peau, accessibles à l'observation directe, sont celles dont on peut le mieux suivre de près et étudier l'évolution.

On sait qu'elles peuvent se présenter sous des formes tellement variées qu'on a dû nécessairement, jusqu'aux conquêtes récentes de l'histologie et de la bactériologie, en faire des maladies distinctes. Cette variété s'explique par la complexité qu'offre la structure du tégument externe ainsi que par les différences qu'il peut présenter chez les divers sujets et aux différents âges, différences qui ont pour résultat des modes de réaction également distincts: le corps papillaire, le derme, les glandes peuvent aussi être affectés isolément par la tuberculose, d'où la production de dermatoses diverses.

On doit reconnaître des tuberculoses primitives et des tuberculoses secondaires de la peau. Ces dernières se développent consécutivement aux altérations tuberculeuses des organes sous-jacents, et plus particulièrement, du tissu cellulaire sous-cutané (gommes tuberculeuses), des ganglions lymphatiques, des réseaux lymphatiques et des os ; elles peuvent également siéger aux orifices et affecter simultanément la muqueuse adjacente.

Les principales formes de tuberculose primitive de la peau sont, le lupus vulgaire dans lequel les lésions prédominent dans le chorion et qui peut lui-même se présenter sous des aspects des plus variés, le tubercule anatomique et la tuberculose dite scléreuse ou verruqueuse qui siège surtout aux membres et intéresse plus particulièrement le corps papillaire, et le lichen scrofulosorum, tuberculose, chez l'enfant, des glandes sébacées; il faut y joindre, selon toute vraisemblance, les lupus érythémateux, dans lesquels les altérations prédominantes sont également celles des glandes pilosébacées.

Ces différentes formes de tuberculose diffèrent plus ou moins dans leur évolution: nous aurons donc à étudier dans chacune d'elles les trêves qui peuvent s'y produire, pour les considérer ensuite dans leur ensemble.

Les tuberculoses cutanées consécutives aux tuberculoses des organes sous-jacents comptent au nombre de celles dans lesquelles on observe le plus souvent des trêves prolongées et même la guérison

définitive; nous en avons pour témoins les cicatrices qu'elles laissent à leur suite chez des sujets qui depuis longtemps ne présentent plus aucun signe de tuberculose. Dans ces affections, la peau, le plus habituellement, se laisse enflammer, ulcérer et détruire partiellement pour donner issue aux produits morbides élaborés dans les organes primitivement atteints, mais elle n'est intéressée pour ainsi dire que passivement; ses altérations restent limitées à l'orifice ulcéré, soit que le processus inflammatoire concomitant forme une barrière suffisante pour empêcher l'invasion bacillaire, soit plutôt parce que la peau offre, chez la plupart des sujets, en y comprenant les tuberculeux, un terrain défavorable à la culture du contage; il est rare de voir, comme l'a observé M. Jeanselme, un lupus vulgaire avoir pour point de départ cette tuberculose secondaire.

Il faut tenir compte également de la possibilité d'agir efficacement sur ces tuberculoses: c'est ainsi que l'on a souvent raison, par le curettage et les topiques destructeurs des bacilles, des gommes et des adénopathies tuberculeuses; c'est ainsi que notre vénéré maître M. Lailler a guéri, par les flèches de Canquoin, les lymphangiectasies dont nous avons démontré, avec MM. Jeanselme et Goupil, la nature tuberculeuse; de même, l'emploi de la méthode sclérogène, créée par M. Lannelongue pour le traitement des ostéites tuberculeuses, en a singulièrement amélioré le pronostic. Le sujet néanmoins reste vulnérable. Souvent il se produit, parfois à de longs intervalles, de nouvelles manifestations tuberculeuses en apparence, spontanément ou sous l'influence d'une cause occasionnelle. M. Verneuil en a fait connaître un exemple remarquable dans son mémoire sur les tuberculisations d'origine traumatique (1).

Les tuberculoses cutanées siégeant aux orifices et intéressant simultanément la muqueuse voisine peuvent, comme les précédentes, être attaquées directement par les caustiques et les parasiticides et amenées ainsi à des trêves de longue durée ou à la guérison complète.

Parmi les tuberculoses primitives de la peau, il en est deux dont le pronostic peut être considéré comme relativement favorable: nous voulons parler de la forme dite lichen scrofulosorum et des tubercules anatomiques bacillaires (ils ne le sont pas tous).

Le lichen scrofulosorum, dont nous avons démontré par la clinique la nature tuberculeuse, comme Jacobi et Sack l'avaient établie peu auparavant par l'histologie et la bactériologie, est une maladie du jeune âge : elle guérit donc spontanément lorsque les sujets arrivent à l'âge adulte, mais on peut en amener la disparition par une médication appropriée : la plus efficace paraît être l'emploi topique de l'huile de foie de morue; la maladie étant, comme nous l'avons indi-

<sup>(1)</sup> VERNEUIL. Revue mensuelle, 1877.

qué, localisée dans les glandes sébacées, on conçoit que cette préparation, appliquée sur la peau, puisse pénétrer dans les orifices glandulaires et les transformer ainsi en un terrain impropre à la culture du contage; dans le fait que nous avons observé, l'action de ce traitement a été des plus remarquables: s'agit-il d'une trêve ou d'une guérison définitive? nous l'ignorons, mais nous avons pu constater que, plus d'un an après la guérison de l'éruption, celle-ci n'avait pas reparu.

Le tubercule anatomique peut guérir lorsqu'il est attaqué à temps par des caustiques et des parasiticides; dans le cas contraire, il peut être suivi de périodes de latence, de trêves plus ou moins prolongées à la suite desquelles l'infection s'étend ; nous en avons présent à l'esprit un triste exemple : c'est celui de l'élève des hôpitaux dont M. Verneuil a rapporté l'histoire, le 22 juin 1884, à l'Académie de médecine : V. ayant à l'hôpital Trousseau, dans le service de M. Cadet de Gassicourt que nous remplaçions à ce moment, contracté, en pratiquant une autopsie, un tubercule anatomique, qui résista à tous les traitements, eut, trois ans après, une ostéite qui nécessita l'ablation de la 2º phalange du doigt correspondant; à la suite de cette opération, V. put se croire guéri et il exerça pendant plusieurs années la médecine à la campagne avecune grande activité; malheureusement, ce n'était là qu'une trève : les altérations osseuses devaient, trois ans plus tard, envahir le rachis et, en 1884, l'infortuné succombait dans les conditions les plus lamentables. M. Verneuil, à juste titre, considère ce fait comme un cas de tuberculose inoculée.

Les trêves paraissent être beaucoup plus exceptionnelles dans la tuberculose qui a été décrite par E. Vidal sous le nom de lupus scléreux et par Riehl et Paltauf sous celui de tuberculose verruqueuse;

nous n'en connaissons pas d'exemple.

Les trêves sont au contraire relativement fréquentes et parfois de très longue durée dans le lupus vulgaire. Nous sommes particulièrement bien placés à St-Louis pour nous en rendre compte : nous pouvons en effet constamment y observer un certain nombre de lupiques qui, après avoir séjourné plus ou moins longtemps dans les salles, se sont fixés dans l'hôpital comme employés à divers titres, et y ont fait un séjour très prolongé: nous sommes donc à même de suivre chez eux les différentes phases qu'à présentées l'évolution de la maladie. Or, actuellement nous avons trouvé neuf de ces employés chez lesquels il s'est produit des périodes de latence dont la durée a varié de 18 mois à quarante ans ; fait remarquable et sur lequel on ne saurait trop insister, chez aucun la guérison n'a été définitive, et les observations de M. Besnier sont à cet égard d'accord avec les nôtres, de telle sorte que les cas de guérison apparente peuvent être considérés comme des faits dans lesquels la survie n'a pas été assez longue pour que de nouvelles poussées aient eu le temps de se produire ; il n'est même nullement certain que la trêve ait été complète chez tous

u

les malades que nous avons observés: un examen attentif permet souvent de retrouver en pareils cas quelques petits nodules miliaires indiquant que l'ennemi est toujours là : cependant ce sont bien de véritables trêves, car, pendant ces périodes, il n'y a plus d'autres altérations apparentes que les cicatrices consécutives aux lésions anciennes; nous ajouterons que chez plusieurs des malades qui se trouvent actuellement en état de trève, il nous a été impossible de retrouver, par l'examen le plus minutieux, trace de nodule tuberculeux.

Ces trêves prolongées sont survenues le plus souvent sous l'influence d'un traitement approprié ou d'un érysipèle. Chez les malades qui sont entrés à St-Louis il y a 40 ou 50 ans, le traitement a consisté dans l'application de topiques irritants, le plus souvent de nitrate acide de mercure; depuis lors, plusieurs ont été améliorés par l'emploi d'une pommade irritante qu'employait M. Lutz; dans ces derniers temps, d'excellents résultats ont été obtenus par les scarifications ainsi que par les cautérisations avec le thermocautère ou de préférence avec le galvano-cautère, sans préjudice des applications parasiticides.

L'action bienfaisante de l'érysipèle n'est pas admise par tous les auteurs: c'est ainsi qu'elle est niée formellement par M. Leloir et que d'après M. Besnier, elle n'est que momentanée et partielle. Nos observations nous conduisent à des conclusions différentes: sur les neuf employés que nous avons étudiés à ce point de vue, 3 ont eu des érysipèles; or si chez l'un d'eux, M. Maf., il ne s'est produit à la suite de cette maladie intercurrente qu'une amélioration de courte durée, chez M. Per., au contraire, la trêve consécutive a été de 6 années et chez Alexandrine B..., actuellement infirmière dans notre service, c'est après une série d'érysipèles survenus à intervalles rapprochés, que le lupus, datant alors de 9 ans, a rétrocédé à tel point que, depuis quatre ans, il n'y en a plus de traces appréciables; nous pouvons affirmer ici la réalité de cette influence favorable de l'érysipèle, car elle s'est produite sous nos yeux.

Il est difficile de déterminer sous quelle influence se font, à si longue échéance, les repullulations tardives dont nous avons parlé: une fois que les poussées ont recommencé à se produire, elles sont généralement interrompues ou elles se succèdent à intervalles plus ou moins éloignés: nous citerons l'exemple de M. Col. qui a été pendant de longues années attaché aux bureaux de l'hôpital St-Louis: de 1840 à 1880, il est resté pour ainsi dire sans accidents, il portait la cicatrice de son lupus, mais aucun élément morbide ne s'y produisait, sauf parfois de légers furfurs; depuis 1880 au contraire, des poussées successives se sont produites et actuellement encore la maladie est en activité. De même, M. Lép., qui a été pendant 25 ans attaché en qualité d'épileur au pavillon Bazin, n'a eu, de 1857 à 1887, qu'une seule poussée passagère de tubercules lupiques, mais, depuis lors, de nouvelles pous-

sées se sont fréquemment reproduites et son lupus est constamment en évolution, sans qu'aucune cause puisse être invoquée.

L'histoire des deux malades que nous venons de citer offre de l'intérêt à un autre point de vue : elle montre que, contrairement à ce que l'on aurait pu attendre et à ce qui a été dit, la tuberculose cutanée ne fait pas trêve pendant la vieillesse. M. Col. a aujourd'hui 73 ans, c'est donc à l'âge de 60 ans que son lupus est entré dans une nouvelle période d'activité.

Relativement à l'influence que peut avoir la forme du lupus sur la production des trêves, nous rappellerons que, suivant M. Leloir, la forme tuberculo-croûteuse peut être enrayée plus facilement que la

forme serpigineuse et surtout que la forme phagédénique.

Il nous reste à parler du lupus érythémateux. Nous n'en discuterons pas ici la nature tuberculeuse que nous nous sommes efforcé
d'établir, après M. Besnier et Hutchinson, et qui est acceptée comme
vraie par nombre de dermatologues malgré la vive opposition qu'elle
soulève encore à l'étranger; la coïncidence si fréquente du lupus érythémateux avec la tuberculose pulmonaire ou ganglionnaire, et aussi
les faits nombreux dans lesquels les altérations du lupus érythémateux coïncident avec celles du lupus vulgaire ne nous laissent pas de
doute à cet égard.

Au point de vue de trêves possibles, il faut distinguer les formes

aiguës et chroniques de ces lupus.

La forme aiguë est de beaucoup la plus grave; Kaposi cite plusieurs cas dans lesquels elle s'est terminée par la mort; mais, chez les sujets qui survivent, c'est peut-être celle qui offre le plus de chances de trêves prolongées; nous en avons publié un exemple des plus remarquables: chez une jeune femme, qui avait présenté pendant plus d'une année des plaques très nombreuses et étendues de lupus érythémateux aigu, ces éruptions ont spontanément rétrocédé dans presque toutes les régions qu'elles avaient envahies et la maladie s'est trouvée réduite à une petite plaque de lupus érythémateux chronique localisée au-devant d'une oreille.

Cependant le lupus érythémateux chronique est également susceptible de trêves prolongées, si ce n'est de guérison; c'est ainsi que, chez Adrienne A..., atteinte depuis l'âge de 16 ans d'un lupus érythémateux et actuellement âgée de 36 ans, la dermatose n'est plus représentée que par une cicatrice décolorée; il en est ainsi depuis trois ans; s'agit-il d'une trêve prolongée ou d'une guérison définitive? il est impossible de rien affirmer à cet égard. Ici encore, un érysipèle paraît avoir exercé une action réellement curative: d'après les assertions de la malade, il a été suivi de la guérison d'une partie du lupus; le reste s'est cicatrisé sous l'influence de pointes de feu pratiquées par M. Quinquaud.

Il résulte des faits que nous venons d'exposer que les différentes

formes de tuberculose cutanée sont presque toutes, à des degrés variables, susceptibles de trêves, tantôt passagères, tantôt très prolongées.

Il est possible que ces trêves puissent se produire spontanément: M. Leloir en a fait connaître des exemples indéniables; mais presque toujours, c'est à une intervention thérapeutique qu'il faut les attribuer. Il faut tenir compte à cet égard du traitement local et du traitement général.

Le traitement local a toujours une influence prépondérante: la destruction par le raclage et par les caustiques, plus particulièrement par le galvano-caustère, mais aussi par le nitrate acide de mercure, la pâte de Canquoin, l'acide pyrogallique et autres, chaque fois qu'elle peut être méthodiquement pratiquée, donne les meilleurs résultats; l'application d'agents parasiticides tels que le sublimé, la créosote, l'iodoforme et autres peut également contribuer à amener ces trêves.

Nous avons vu l'importance qu'offre, dans certains cas, la production d'un érysipèle; chez notre infirmière, un lupus vulgaire qui résistait depuis plusieurs années aux cautérisations et aux scarifications est en trêve depuis la disparition d'un érysipèle qui est survenu il y a 4 ans; en présence d'un pareil fait, nous nous demandons, malgré notre grande répugnance à employer des médications susceptibles de nuire, si, en présence d'une maladie aussi pénible, aussi tenace et aussi difficile à guérir, on ne serait pas autorisé à recourir aux inoculations d'érysipèles bénins, aujourd'hui que l'on possède dans les vernis et pommades ichtyolés, grâce à MM. Unna et Juhel-Rénoy, un moyen d'enrayer, dans la plupart des cas, les progrès de cette maladie.

C'est sans doute en modifiant passagèrement la constitution du derme et en le rendant ainsi impropre à la culture du bacille de la tuberculose qu'agissent ces érysipèles plutôt qu'en exerçant une action directe sur son streptocoque; on peut s'expliquer par un mécanisme analogue les résultats des scarifications, et aussi ceux de la méthode sclérogène de M. Lannelongue.

L'infiuence du traitement général varie beaucoup dans les diverses formes de tuberculose cutanée: dans les tuberculoses secondaires aux altérations sous-jacentes du tissu cellulaire, des ganglions lymphatiques et du squelette, les lésions sont puissamment modifiées par l'air extra-urbain et surtout par l'air marin; les succès obtenus à l'hôpital maritime de Berck sont là pour le démontrer: il en est de même pour le lichen scrofulosorum; les médicaments auxquels on reconnaît une action directe sur l'agent infectieux de la tuberculose, et en première ligne la créosote, semblent également exercer sur ces formes une action favorable; il ne semble pas en être de même pour le lupus vulgaire non plus que pour l'érythémateux:

chez la plupart de nos malades, ces dermatoses se sont développées à la campagne sans jamais rétrocéder et elles se modifient au contraire plus ou moins rapidement dans nos salles sous l'influence d'un traitement approprié; et, par contre, nous voyons nos vieux employés, retirés hors de Paris après 30 ou 40 ans passés à St-Louis, continuer à y présenter de nouvelles poussées, alors qu'ils étaient restés de longues années indemnes pendant leur séjour dans notre hôpital.

Si nous n'avons pas parlé, parmi les modificateurs, de la tuberculine, c'est que nous ne l'avons pas vue amener, malgré les améliorations passagères, de trêves durables; par contre, chez un de nos infirmiers, la trêve s'est produite pendant un traitement exclusif par les injections de sérum de chien pratiquées par M. Feulard dans le service de M. Fournier, suivant la méthode de MM. Richet et Héricourt; bien que l'on ne puisse tirer de conclusions d'un fait isolé, il nous paraît digne d'attention.

Nous résumerons ainsi qu'il suit les conclusions de ce travail :

1º Des trêves plus ou moins prolongées peuvent s'observer dans

presque toutes les formes de tuberculose cutanée ;

2º Les formes où elles se produisent le plus souvent et où elles ont le plus de chance de se transformer en guérison définitive sont, d'une part, la tuberculose des glandes sébacées qui constitue l'affection dite lichen scrofulosorum des jeunes sujets et, d'autre part, les tuberculoses cutanées consécutives à celles des parties sous-jacentes, le tissu cellulaire, les ganglions lymphatiques et le squelette;

3º Les trêves peuvent se produire dans le lupus vulgaire sous l'influence d'un traitement approprié; elles peuvent y présenter une très longue durée; il n'est pas prouvé qu'il s'agisse jamais

d'une quérison définitive:

4º Les récidives montrent que ces trèves doivent être attribuées à l'état prolongé d'inertie de germes contages qui restent inclus dans les tissus; elles persistent jusqu'au jour où, sous une influence encore indéterminée, les tissus deviennent de nouveau pour ces germes un terrain de culture:

5º Les trêves sont au moins très rares dans les lupus dits sclé-

reux ou verruqueux;

 $6^{\circ}$  On peut les observer dans les formes aiguës ou chroniques du lupus érythémateux ;

7º On les amène surtout par un traitement local énergique;

8° L'influence de l'air extra-urbain et surtout marin, évidente et puissante pour les tuberculoses secondaires ainsi que pour le lichen scrofulosorum, n'a qu'une importance relative pour les lupus vulgaires;

9° Les trêves ne sont pas plus fréquentes pendant la vieillesse.

### REVUE DES SOCIÉTÉS SAVANTES

#### THE AMERICAN ASSOCIATION OF GENITO-URINARY SURGEONS

Septième meeting annuel: Les 20 et 21 juin 1893.

#### Cas de chancres multiples.

Le D' Taylor relate le cas d'un malade qui avait un chancre énorme sur la face dorsale du pénis, deux plus petits au-dessous du pénis, et un chancre bien net de la lèvre. Il présentait de plus une phlébite du pénis formant une corde volumineuse qui se terminait vers le pli abdomino-scrotal par un noyau aussi gros que le doigt d'un homme. Les autres symptômes de syphilis qu'il avait étaient d'une grande malignité. L'auteur profite de cette communication pour insister sur ce fait que les vieilles idées sur les lymphangites syphilitiques de la verge ne sont pas admises : ce sont des phlébites et non des lymphangites.

### Affections des testicules et de leurs annexes dans la syphilis héréditaire.

Le Dr Taylor dit que la manifestation la plus fréquente de la syphilis héréditaire sur ces organes est l'orchite : lorsque l'épididymite est observée, elle est presque toujours une complication de l'orchite.

Le canal déférent est bien rarement atteint : c'est alors une conséquence de l'orchi-épididymite. En réalité ni les unes ni les autres de ces localisations ne sont fréquentes, et la syphilis testiculaire est une des rares manifestations de la syphilis héréditaire.

Les recherches anatomo-pathologiques d'Hutinel ont prouvé que ces lésions peuvent exister dès le neuvième jour de la naissance : mais en pratique, et cliniquement, on ne les observe guère que chez des enfants au moins âgés de 3 mois, d'ordinaire de six mois à un an : elles sont moins fréquentes dans la deuxième et dans la troisième année ; elles sont exceptionnelles à un âge plus avancé, quoiqu'elles puissent encore s'observer.

L'orchite se développe d'une manière lente et insidieuse : l'enfant n'éprouve aucune douleur et rien n'éveille l'attention de ce côté jusqu'à ce que les dimensions de l'organe soient assez marquées pour que l'on ne puisse plus méconnaître les lésions. D'ordinaire le testicule a la grosseur d'un œuf de pigeon, d'une petite bille ou d'une noisette : sa forme est ovoïde; mais il n'a pas le plus souvent de tendance à devenir fort volumineux. Au toucher il est dur et ferme, quoique étant de consistance moins franchement ligneuse que chez l'adulte; il est indolent et pesant. Dans beaucoup de cas, le scrotum est hyperhémié. Rarement l'albuginée est bosselée. Rien de plus irrégulier que les altérations de l'épididyme : elle

est prise en partie ou en totalité : elle peut être un peu douloureuse à la pression.

L'atrophie est l'aboutissant ordinaire de ces lésions; le fongus est fort rare; il suit alors la même évolution que chez l'adulte; parfois, on voit survenir un abcès ou la nécrose du testicule. Le traitement vigoureusement institué enraye la marche des lésions. En tous cas il faut toujours essayer une médication locale et générale énergique avant de parler d'ablation. L'hydrocèle est une complication assez fréquente : elle peut être légère ou bien accentuée.

Deschamps et Hutinel insistent sur ce fait que dans la syphilis les deux testicules sont d'ordinaire envahis, tandis que la règle dans la tuberculose est qu'il n'y en ait qu'un seul de pris. Cependant on ne peut ériger cette proposition en une loi absolue, car, dans la syphilis héréditaire testiculaire, les lésions peuvent aussi être unilatérales. Dans la syphilis il est rare que l'épididyme et le canal déférent soient atteints, tandis que dans la tuberculose il est fréquent de trouver ces organes tuméfiés et nodulaires : il en est de même pour la prostate et les vésicules séminales; aussi fautil toujours dans ces cas pratiquer le toucher rectal.

L. B.

#### THE NEW-YORK ACADEMY OF MEDICINE

PRÉSIDENCE DU D' SAMUEL ALEXANDER

#### Cas de réinfection syphilitique.

Le D' G.-K. Swindurne public le cas d'un homme âgé de 25 ans qui eut un chancre en avril 1889 après une période d'incubation de 18 jours. Il eut de l'adénopathie inguinale, puis six semaines plus tard une éruption de roséole généralisée. Le malade prit par la bouche du mercure pendant un an, puis il se soigna de nouveau pendant un court espace de temps quelques mois plus tard à cause d'une lésion qu'il eut dans la bouche. En juin 1891, le D' Swinburne vit le malade, il découvrit une légère cicatrice au prépuce; il n'y avait pas d'adénopathie; sur la poitrine, le dos et l'abdomen, il y avait des vestiges d'une éruption roséolique en voie de disparition; sur le plancher de la bouche, il y avait un petit ulcère qui guérit sous l'influence du nitrate d'argent, mais qui récidiva plusieurs fois toujours à la même place. De mars 1892 à septembre 1892 on fit subir au malade un traitement mixte qui fit disparaître l'ulcération de la bouche.

Le 23 décembre 1892 le malade revint trouver l'auteur; 33 jours après un coît suspect il vit apparaître sur le prépuce, juste au-dessus du gland, une ulcération semblable tout d'abord à un élément d'herpès, sans adénopathie. Au bout de 10 jours elle avait pris l'aspect et les dimensions d'un chancre typique avec induration, ulcération centrale, un peu de pus: les ganglions inguinaux étaient tuméfiées, arrondis, indolents. Le 13° jour, sur sa demande expresse, on soumit le malade au traitement hydrargyrique. Jusqu'au 20° jour la lésion ne subit pas de modification quant à l'induration, mais l'ulcère se cicatrisa. Les ganglions épitrochléens se prirent. Peu à peu tous ces symptômes s'atténuèrent sous l'influence du traitement

antisyphilitique, mais jusqu'à l'heure actuelle on n'a pas vu d'éruption secondaire. Le Dr Swinburne ne donne pas ce fait comme un cas indéniable de réinfection syphilitique, mais comme un cas intéressant qui est peut-être un cas de réinfection syphilitique.

Le Dr Taylor, dans un longue discussion, rappelle combien la question de la réinfection syphilitique est controversée : pour lui 50 p. 100 au moins des cas de réinfection publiés sont apocryphes. Il ne peut accepter le fait du Dr Swinburne comme un exemple typique de réinfection. Il trouve que le traitement antisyphilitique institué après une première attente n'a pas été suffisant, et il pense que le second chancre a pu n'être qu'un pseudo-chancre, c'est-à-dire qu'une de ces indurations de retour, un de ces syphilomes chancriformes des organes génitaux qui sont actuellement si bien connus. D'ailleurs il est convaincu que la réinfection syphilitique peut se produire, mais elle doit être extrêmement rare. Dans les cinq cas qu'il a pu observer, la seconde attaque de syphilis a été des plus graves.

La discussion qui a suivi a été fort longue, mais ce qui s'en dégage fort nettement c'est que les syphiligraphes américains croient pour la plupart à la possibilité de la réinfection syphilitique.

#### Cas d'uréthrite.

Voici brièvement résumés les trois cas relatés par le D<sup>r</sup> G.-E. Brewer; ils sont intéressants en ce qu'ils simulent la gonorrhée par leurs symptômes, leur gravité, leur durée, et en ce qu'ils ne sont nullement blennorrhagiques.

Cas I. — Jeune homme, atteint d'une sorte d'état mélancolique, désespéré d'avoir eu des relations avec une femme, et n'en ayant eu qu'une seule fois, trente et un jours avant l'apparition d'un écoulement caractérisé par du pus incontestable, mais sans aucune trace de gonocoques : cet écoulement dura plusieurs semaines.

Cas II. — Homme âgé de 24 ans, atteint il y a deux ans à la suite d'érections prolongées, sans aucun coït, d'un écoulement muqueux transparent qui peu à peu devient purulent et s'accompagna de rougeur du gland, de tuméfaction du prépuce, de douleurs à la miction, etc.; l'état aigu dura quatre semaines, puis l'amélioration survint et il ne resta qu'une goutte matinale dont il cherchait à se débarrasser. D'ailleurs l'écoulement ne présentait pas de gonocoques.

Cas III. — Homme âgé de 37 ans, marié depuis 15 ans à une femme hystérique avec laquelle il n'avait jamais eu de rapports. L'état neuropathique de cette femme devenait de plus en plus mauvais, un médecin lui conseilla d'avoir des relations avec elle et de tâcher de la rendre enceinte. Ces tentatives de coït déterminèrent chez lui l'apparition d'une uréthrite purulente aiguë, avec rougeur, œdème, douleur en urinant : le pus ne refermait pas de gonocoques. La femme ne présentait pas d'écoulement, mais un orifice vaginal fort étroit et un certain degré de vaginisme. Une deuxième tentative fut suivie d'une nouvelle atteinte d'uréthrite.

Dans la discussion qui a suivi, les Drs Bangs, Otis, Taylor ont été d'ac-

cord avec l'auteur pour admettre qu'il peut y avoir des inflammations uréthrales reconnaissant d'autres causes que le gonocoque de Neisser.

#### Chancre uréthral.

Le D' F. Tilden Brown présente un malade qui, 38 jours après un coît suspect, vit se développer des adénopathies dans les deux aines. La palpation de l'urèthre révèle un point induré assez loin du méat. Il n'y a pas d'ulcération, mais une légère érosion. Le méat est ædémateux, et il s'en écoule un liquide visqueux, blanchâtre.

L. B.

#### THE NEW-YORK DERMATOLOGICAL SOCIETY

223° session.

PRÉSIDENCE DU DE G.-T. ELLIOT.

#### Cas de colloïd milium du visage.

Le Dr Fox présente un cas de cette affection. La localisation et la disparition spontanée de la maladie écartent le diagnostic de lupus : elle dure depuis neuf mois. Par le raclage elle a saigné beaucoup plus abondamment que ne l'aurait fait une acné; les oreilles sont également envahies ; le malade ne présente ni aucun symptôme, ni aucun antécédent de syphilis.

Le diagnostic posé par le D' Fox est discuté: pour le D' Fordre l'éruption ressemble beaucoup à une syphilide papuleuse; pour le D' Elliot, c'est un lupus disséminé.

#### Cas d'un diagnostic douteux.

Le Dr Robinson présente une petite fille de 10 ans, qui a toujours été bien portante ainsi que ses trois frères. La maladie dont elle est atteinte a commencé il y a trois ans et demi, soudainement, sans aucun symptôme subjectif et n'a jamais changé de caractère depuis cette époque : elle n'a jamais été prurigineuse ; jamais il n'y a eu de sécrétion purulente.

La lésion a environ sept pouces de long, et un demi-pouce de large, sauf à la partie inférieure, où elle atteint deux tiers de pouce de large; elle est située vers le creux poplité gauche et y décrit une légère courbe. Au premier abord, elle offre l'aspect d'une blessure en voie de cicatrisation, ou bien d'une fausse kéloïde. Mais en l'examinant avec beaucoup plus d'attention, on ne tarde pas à voir qu'elle est composée de lésions isolées ou confluentes, variant comme dimensions de celles d'une petite tête d'épingle à celles d'un pois, bien limitées, légèrement surélevées, rougeâtres. Les plus volumineuses sont recouvertes de quelques squames brillantes. Là où les lésions sont confluentes, la saillie est plus considérable, mais la couleur et la desquamation sont les mêmes. Il n'y a ni vésicules, ni pustules, ni aspect verruqueux. Les lésions ressemblent assez à des éléments de lichen planus, mais elles sont d'un rouge plus vif, et elles ont une forme obtuse ou un peu acuminée.

Les Drs Morrow et Fordyce penchent comme l'auteur pour le diagnostic

de lichen planus, bien que l'aspect en soit assez anormal : le D' BULKLEY dit que ce cas lui rappelle l'aspect du lichen ruber moniliformis.

Les Drs Sherwell, Klotz et Elliot au contraire ne peuvent en faire un lichen ruber. Ils pensent qu'il s'agit d'un cas de nævus unius lateris, car l'on sait maintenant que ces lésions peuvent se développer après la naissance.

#### Cas d'érythème multiforme généralisé.

Le Dr Fondre présente ce cas à cause de l'étendue des lésions. On voit des placards gyratés et circinés, des éléments d'urticaire. L'éruption est sujette à des rechutes et est fort prurigineuse. (Ce cas nous semble bien voisin des dermatites herpétiformes.)

#### Deux cas de tuberculose verruqueuse de la peau de la main.

Le D' BULKLEY présente deux exemples de cette affection: le 1er est celui d'un jeune homme de 23 ans qui a soigné, pendant sa dernière maladie, sa mère morte de tuberculose à 60 ans: il a vu se former d'abord un bouton entre l'index et l'annulaire, puis le mal s'est peu à peu étendu: l'aspect était typique; il a été traité par le raclage, le thermocautère et les pansements au dermatol. Le deuxième cas est celui d'un enfant de 11 ans atteint depuis 4 ou 5 ans, sans que l'on ait pu préciser l'étiologie.

Le D' Klotz croit que tous ces cas ne sont pas nécessairement et indistinctement de nature tuberculeuse.

### Cas de maladie du cuir chevelu difficile à spécifier chez une femme âgée. Lupus erythematosus ou syphilis.

Le D<sup>r</sup> Morrow présente une malade chez laquelle il a fait d'emblée le diagnostic de lupus érythémateux, mais il a cru nécessaire d'instituer un traitement d'épreuve pour éliminer le diagnostic de syphilis : elle présente en effet dans la bouche de la leucoplasie et des excoriations qui lui paraissent peu en rapport avec un lupus érythémateux. Les lésions du cuir chevelu ont paru diminuer sous l'influence d'applications d'emplâtres mercuriels, mais cela ne fait nullement pencher du côté de la syphilis,

La majorité des membres présents confirme le diagnostic de lupus érythémateux. Robinson rappelle à cet égard qu'il a présenté à la Société un cas de lupus érythémateux du cuir chevelu sans lésions du visage.

#### Contribution à l'histologie du psoriasis.

Le Dr Piffand lit une communication que nous avons déjà analysée. Elle est vivement attaquée par la plupart des membres présents qui reprochent à l'auteur de faire jouer un trop grand rôle aux lésions du stratum granulosum dans la pathogénie de l'affection; ils lui reprochent en outre d'avoir choisi un cas ancien et rebelle déjà modifié par la médication. L. B.

#### SOCIÉTÉ BERLINOISE DE DERMATOLOGIE

Séance du 6 juin 1893.

Président : M. LASSAR.

Secrétaire M. SAALFELD.

#### Nævus verruqueux.

M. Saalfeld présente deux cas de nævus verruqueux, l'un chez un garçon de 13 ans, l'autre chez un enfant de 1 an 1/2. Dans le dernier cas il s'agit d'un nævus verruqueux lateris utriusque, dont les premiers symptômes commencèrent à se montrer quinze jours après la naissance. Ni l'enfant lui-même ni les parents ne souffrent de quelque trouble nerveux. Le petit a eu la fièvre scarlatine et la rougeole. L'affection, qui semble suivre sur un côté le cours des nerfs et qui siège sur la plus grande partie du dos et des parties voisines, est remarquable dans ce cas par son étendue.

M. Lassar fait une différence entre un nævus verruqueux qui existe dés la naissance et une formation progressive de verrues qui peut se développer en maladie distincte plus ou moins tard.

M. G. Lewin constate que le nævus verruqueux se distingue de la verrue par sa pigmentation qui est rare dans cette dernière affection, et par son développement, antérieur en général à la deuxième année de la vie.

M. Ledermann croit que le pigment du nævus verruqueux est idiopathique, tandis que celui de la verrue se forme principalement des éléments du sang.

M. Lassar est aussi de l'avis qu'une verrue peut être pigmentée. Il a vu le jour même une jeune dame qui avait 15-20 verrues très colorées sur la figure.

M. Kromayer remarque que, sous le nom de verrues, on comprend des choses bien différentes, aussi bien sous le point de vue pathologique que clinique. Ainsi faut-il par exemple faire une différence entre les verrues ordinaires et les verrues séborrhéiques d'Unna qui contiennent beaucoup de pigment.

#### Syphilide palmaire eczématiforme.

M. Ledermans présente une femme de 61 ans qui, infectée par son mari, il y a 20 ans, avait été traitée par le mercure et l'iodure de potassium. Elle a avorté trois fois. Maintenant la malade montre une affection des paumes des mains qui donne tout à fait l'impression d'un simple eczéma. Mais en examinant le dos des mains on reconnaît facilement le caratère de la maladie et de cette manière aussi la méthode de la traiter.

n

t

e

e

n

.

ni

u

es

s,

18

nt

ir

#### Syphilide gommeuse de la nuque.

M. Ledermann présente une femme de 68 ans, malade depuis le mois de novembre de l'année passée avec des maux de tête très intenses. Il n'y a pas d'antécédents. La malade est en traitement avec M. L. depuis le mois de mars et présente, outre des pigmentations en partie déjà disparues dans la peau de la nuque, laquelle était très atrophiée par suite du mauvais état de la nutrition, des infiltrations qui, pâles au centre, formaient des cercles ou confluaient. La malade a subi un traitement mercuriel à la suite duquel les infiltrations ont disparu pour la plus grande partie. M. L. croit qu'il s'agit de gommes qui n'ont pas atteint un développement complet.

M. G. Lewin trouve que quelques taches encore visibles ont une certaine ressemblance avec la sclérodermie en plaques quoique l'influence du traitement semble parler contre cette diagnose, mais il conseille de porter

encore l'attention de ce coté.

M. O. ROSENTHAL a vu la malade avant le traitement et a eu l'impression absolue qu'il s'agissait de gommes syphilitiques. On voyait dans la peau ridée, lâche et presque privée de la couche adipeuse, des tumeurs qui par suite de cet état extraordinaire ne dépassent guère le niveau du derme comme c'est ordinairement le cas. Aussi le traitement lui semble-t-il avoir vérifié la diagnose.

#### Verrues localisées.

M. Ledermann rapporte l'histoire d'un ouvrier de 30 ans qui est atteint de verrues à l'avant-bras et à la main. Elles commencent au milieu du côté extérieur de l'avant-bras et s'étendent sur le dos de la main jusqu'au petit doigt qui en partie atrophié est enveloppé dans un angiome. Dans la paume on voit à travers la peau épaissie des veines qui vont de même vers le petit doigt pour se perdre dans l'angiome; le malade transpire fortement dans cette main. M. L. n'a ni trouvé de cause pour cette affection ni un cas semblable dans la littérature.

#### Maladie de Duhring.

M. Peter présente, de la clinique de M. Lassar, un cas de maladie de Duhring, lequel excelle par le caractère herpétique des efflorescences. Il s'agit d'une femme âgée de 38 ans qui eut les premières éruptions érythémateuses et urticariennes accompagnées de fortes démangeaisons à l'âge de vingt ans. Plus tard l'exanthème prit le caractère vésiculeux, en grande partie en formes de cercles. Les pustules séchèrent ou furent égratignées; mais laissent toujours une cicatrice pigmentée. Les éruptions se répétèrent dans divers intervalles, ne dépassant jamais pendant les premiers dix ans les extrémités supérieures. Seulement depuis 8 ans l'affection a aussi pris les extrémités inférieures et surtout leur côté extenseur. Les muqueuses sont toujours restées libres. M. P. parle, quant à la diagnose différentielle du prurigo, de l'eczéma et de l'érythème polymorphe. Contre la dernière maladie il faut mentionner le manque de symétrie dans les éruptions et les démangeaisons violentes. P. se décide donc pour la diagnose de maladie de Duhring, laquelle est encore renforcée par les symptômes

1

déjà mentionnés, par le fort abattement des forces et la fièvre qui accompagnait à l'ordinaire chaque éruption.

M. O. Rosenthal mentionne un cas de dermatite herpétiforme qu'il a maintenant dans sa clinique et cherche à fixer les différences entre cette affection et l'herpès iris, qu'il ne croit pas complètement identiques.

#### Xanthélasma des paupières.

M. Palm présente un cas très prononcé de xanthélasma des paupières. Le malade n'a pas, ni n'a eu d'ictère.

#### Durillons syphilitiques des paumes des mains.

M. G. Lewis présente un cas de clavi syphilitiques des paumes des mains, affection qu'on n'a pas distinguée auparavant du psoriasis palmaire. Il s'agit de petites efflorescences dures de la grandeur d'un pois, rondes ou ovales, qui, siégeant dans des couches profondes du derme, font naître des troubles sensitifs et forment quelquefois le seul symptôme de la syphilis. La malade qui montre cette affection fut reçue dans la clinique avec une sclérose de la grande lèvre, une roséole, des plaques muqueuses et un leucoderma.

#### Affection ulcéreuse de la langue.

M. G. Lewin montre un malade qui fut traité il y a 5 ans pour une sclérose, un exanthème et des ulcérations de la langue. Il fut guéri alors. Maintenant il montre de grandes ulcérations sur la muqueuse de la joue et une autre sur la langue, dont il est encore douteux s'il s'agit d'un carcinome ou d'une gomme ulcérée. L'aplasie des glandes de la base de la langue semble faciliter la diagnose. Les symptòmes diminuèrent sous l'influence d'une cure par les injections sous-cutanées, mais ne disparurent pas; un examen minutieux microscopique ne peut affirmer la diagnose « carcinome ». Maintenant la muqueuse de la joue et la langue que le malade ne peut sortir de la bouche ont grandement enflé, les lèvres montrent de petites érosions. Ce malade a été traité pendant plusieurs années par l'iodure de potassium : il semble que la thérapie est arrivée à son but. M. L. croit qu'il faut toujours recommencer l'emploi du mercure et de l'iodure.

M. Lassan pense que vu l'opiniàtreté du mal contre le traitement spécifique il faudrait renoncer à la diagnose et supposer plutôt une tumeur maligne.

#### Tumeur de la voûte du palais.

M. Lewin présente un malade qui avait été traité au mois de mars de cette année par des injections de salicylate de mercure dans la clinique de M. Lassar.

Plus tard il entra à la Charité, où il eut une iritis et une choroïdite. On remarque en outre sur le palais une tumeur de la grandeur d'un œuf, d'une dureté très prononcée, proéminente dans la bouche, qui ne peut être prise ni pour un abcès, ni pour une périostite. La question s'agite d'un sarcome ou d'une gomme. L'anamnèse et l'aplasie des glandes de la langue semblent appuyer le dernier diagnostic, mais il n'est nullement sûr.

de

ı'y

le a-

du

P-

erde

é-

ne

te-

er

S-

la

rs lu

1-

nt

lu

ıu

IS

e

re

-

le

le ;

}.

X

si

1-

a

e

#### Affection syphilitique de l'antre d'Highmore.

M. Lewin présente un cas sans pareil dans la littérature. La malade fut traitée et guérie à la Charité, il y a 9 ans, pour des ulcérations de la jambe par l'iodure de potassium. On en voit encore maintenant les cicatrices, de même on remarque une aplasie des glandes de la langue. La joue droite est enflée, une sécrétion purulente sort du nez, dans la couche nasale moyenne on remarque une perte de substance et une perforation de l'antre d'Highmore. La sécrétion a déjà diminué par l'emploi de l'iodure de potassium et des tampons d'iiodoforme. Si l'on place dans la bouche une petite lampe électrique, le côté malade ne laisse naturellement pas pénétrer la lumière. Cette méthode n'a pas encore été employée pour la diagnose d'une affection syphilitique de l'antre d'Highmore.

#### Les travaux récents sur la connexion du tabes et de la syphilis.

M. Isaac trouve que le tabes aussi bien que la paralysie générale montrent dans les rapports cliniques et anatomiques des symptômes telle-lement singuliers qu'ils méritent une place exceptionnelle dans l'étude des maladies organiques du corps. L'hérédité, les excès sexuels, l'al-coolisme et principalement la syphilis ont été accusés de causer la sclérose des cordons postérieurs. Il n'y a que peu de voix qui s'élèvent aujourd'hui contre l'origine syphilitique de l'affection: parmi elles se trouvent en premier rang celles de Leyden et de Tarnowski. L'attaque principale se dirige surtout sur le point le plus vulnérable de la théorie de la connexion des deux maladies, à savoir que la cure antisyphilitique reste sans succès dans le traitement du tabes.

Le dernier travail de Dinkler, sorti de la clinique d'Erb, cherche à affaiblir ce point d'aggression par un nombre considérable d'histoires de malade.

M. I. dispose de 25 cas et voudrait aborder les questions suivantes :

1) Est-il vrai que dans l'anamnèse du tabes la syphilis se rencontre plus souvent que d'autres maladies en question? 2) Dans quelle période de la syphilis le tabes se montre-t-il? 3) Comment pourrait-on expliquer une connexion entre le tabes et la syphilis? 4) Quelle est l'influence d'une cure antisyphilitique dans le tabes?

Quant à la preuve statistique de la plus grande fréquence du tabes comme maladie consécutive de la syphilis, M. I. croit que de grandes erreurs ont été faites dans la formation de ces statistiques, puisque beaucoup de cas ont été regardés comme relevant de la syphilis, tandis qu'il ne s'agissait que d'une gonorrhée ou d'un chancre mou. Aussi bien les médecins que les malades, qui ne connaissent pas suffisamment les différences entre ces affections ont prêté la main à ces bévues. De l'autre côté, il ne faut pas oublier que, dans un nombre assez considérable de cas, dans les antécédeuts desquels la syphilis est constatée sûrement, d'autres circonstances ont joué un rôle important.

Il est par exemple bien connu que, par suite de guerres, le nombre des tabétiques augmente, ce qui doit être attribué en premier lieu aux refroidissements et aux grandes fatigues. La seconde question manque d'une base exacte, mais les auteurs supposent que le tabes peut se montrer entre 1-25 ans, en nombre moyen généralement 8 ans 1/2 après l'infection.

Pour un syphilidologue il est de grande importance de savoir s'il existe, outre un tabes typique encore un tabes atypique ou un pseudo-tabes dans lequel les symptômes sont produits par des changements anatomiques spécifiques, et puis, si l'on trouve, outre le tabes typique causé comme on suppose par la syphilis, encore d'autres signes manifestes de cette dernière maladie. En tout cas une chose est bien sûre, à savoir que le tabes après syphilis ne diffère en nul point du tabes typique, à moins qu'on ne veuille établir les manifestations cérébrales, comme surtout les accidents paralytiques de l'ocu-lomoteur qui se voient en général chez des syphilitiques, comme des signes caractéristiques pour la diagnose. Quant à la troisième question, il est clair que les causes déjà énumérées, et surtout l'hérédité et des anomalies de formation dans la structure du tissu nerveux, doivent être citées comme favorisant le tabes. Aussi faut-il constater que dans le tabes les éléments nerveux sont pris en premier lieu et que le rôle du tissu conjonctif n'est que secondaire, de sorte que le tabes est un processus parenchymateux, tandis que la syphilis forme des foyers interstitiels ou des tumeurs qui prennent leur origine du tissu conjonctif; en d'autres termes, le tabes est une affection d'un système, la syphilis celle d'un ou de plusieurs foyers. Quant au traitement, l'opinion même de beaucoup de partisans de la théorie syphilitique se rencontre dans ce point qu'il faut éviter les cures antisyphilitiques à cause de l'influence minime ou même nuisible sur le développement du tabes. L'influence que les pilules de nitrate d'argent, l'électricité, les bains, qui ont été employés presque dans chaque cas à côté du traitement spécifique, ont eue sur l'amélioration généralement passagère, est passée sous silence dans le dernier travail de la clinique d'Erb. Mais si le tabes appartient réellement aux affections graves syphilitiques, comme par exemple la syphilis cérébrale, on peut seulement attendre un succès de grosses doses de mercure et d'iodure de potassium en méthode combinée. Et il semble bien hardi à M. I. de donner aux malades déjà affaiblis par leur affection nerveuse de si hautes doses de mercure et d'iode, surtout parce que des tabétiques qui avaient en même temps des signes manifestes de syphilis, ont eu à subir un empoisonnement sous l'influence d'une cure spécifique non pas des symptômes syphilitiques, mais de leur affection spinale. On voit l'influence nuisible du mercure, chez des tuberculeux affectés de syphilis. La proposition d'Erb, de traiter tous les tabétiques en premier lieu par des frictions mercurielles, semble donc manquer d'une base rationnelle.

M. I. propose par conséquent les thèses suivantes :

 Les statistiques contiennent trop de fautes, pour donner un résultat certain de la connexion étiologique du tabes et de la syphilis.

 2) La syphilis n'a pas de rapport étiologique avec le tabes; elle peut seulement, comme les autres causes qui mènent à cette maladie, exercer une influence nuisible sur un système nerveux disposé.

3) Les cures antisyphilitiques ne sont pas justifiées dans le tabes.

M. Косн donne ensuite un aperçu de tous les travaux qui traitent ce sujet.

La discussion est remise à la séance prochaine. O. Rosenthal.

#### REVUE DES THÈSES DE VÉNÉRÉOLOGIE ET DE SYPHILIGRAPHIE

SOUTENUES A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS PENDANT L'ANNÉE SCOLAIRE 1892-1893

### A. CARPENTIER. — L'uréthrite blennorrhagique aiguë au point de vue bactériologique (26 juillet 1893).

Cette thèse est un résumé des travaux publiés de divers côtés sur cette question sans cesse remise à l'étude. Si le gonocoque de Neisser conserve toujours sa prépondérance et sa grande valeur étiologique, le plus souvent l'écoulement renferme en outre de nombreux micro-organismes, microbes divers de la suppuration, pseudo-gonocoques, orchiocoques (de Eraud) qui font de l'infection primitivement simple une infection mixte. A quelques-uns de ces micro-organismes reviendrait une part spéciale dans la production des complications (tel l'orchiocoque provoquerait l'épididymite); leur existence, surtout celle des pseudo-gonocoques, doit rendre le médecin légiste très circonspect dans ses conclusions, tant il est difficile, actuellement tout au moins, de différencier le gonocoque de certains micro-organismes qui l'accompagnent.

### A.-V. FILIPPI. — Contribution à l'étude de l'arthrite blennorrhagique et de son traitement (12 juillet 1893).

Après avoir retracé, une fois de plus, l'histoire du rhumatisme blennorrhagique, son tableau clinique et sa pathogénie qu'il n'hésite pas à rapporter immédiatement au gonocoque, qui, pris par la circulation générale, va se loger sur les séreuses articulaires, l'auteur indique comme meilleur traitement « la révulsion par les vésicatoires ou même par les pointes de feu; l'immobilisation par les appareils plâtrés, les gouttières en fils de fer et les attelles en bois; la compression ouatée et surtout la compression par la bande élastique de caouthouc »; rien de bien nouveau comme on voit. En cas d'épanchement assez considérable on pratiquera soit la ponction simple, soit la ponction suivie d'injection d'une solution de sublimé à 1 p. 4000. Cinq ou six centimètres cubes de cette solution que l'on abandonne dans la synoviale, modifieront la nature du liquide, pour-ront l'empêcher de se reproduire et détermineront généralement la guérison.

# E. Christen. — Considérations sur le rhumatisme blennorrhagique et de son traitement par l'arthrotomie (15 février 1893).

Trouvant la ponction insuffisante, c'est l'ouverture même de l'article que

préconise l'auteur. Cette ouverture devra même être faite le plus tôt possible, les bons effets se faisant d'autant plus sentir que l'arthrotomie aura été plus précoce. « Quand on se trouvera en présence d'une articulation rouge, gonflée, douloureuse, il faudra sans hésitation intervenir dès la fin du premier septénaire ou dans les premiers jours du second ». Si plusieurs articulations sont atteintes il ne faudra pas hésiter à les traiter de la même façon; on ouvrira s'il le faut d'abord deux ou trois articulations le même jour. Ce faisant on fait d'abord cesser rapidement les douleurs, on fait tomber la fièvre, on évite presque à coup sûr l'ankylose en empêchant des adhérences de se constituer. Pour prévenir celle-ci encore plus sûrement la mobilisation et le massage seront commencés dès la réunion complète de la plaie opératoire. Nous ne doutons pas un seul instant des beaux résultats que préconise M. Christen, s'appuyant d'ailleurs sur l'opinion de quelques-uns de nos plus distingués chirurgiens, mais nous craignons qu'il soit encore bien difficile de faire accepter ainsi du premier coup à un malheureux jeune homme atteint de chaudepisse une intervention chirurgicale de pareille importance.

### E.-G.-E. Delanche. — Traitement de la blennorrhagie par les lavages au siphon (26 juillet 1893).

N'est-on pas en droit d'espérer d'ailleurs que ces complications si fâcheuses n'auront plus le temps ni l'occasion de se reproduire si les nouvelles méthodes de traitement qui se chargent de faire disparaître rapiment le gonocoque de l'écoulement tiennent leurs promesses et deviennent par la suite d'un usage courant. C'est à l'étude des nouveaux procédés qu'est consacrée la thèse de M. Delaroche dont les éléments ont été puisés dans la pratique de M. Balzer à l'hôpital du Midi.

Après avoir rappelé les diverses méthodes et les liquides employés, lavages avec sonde ou au moyen d'obturateurs spéciaux du méat, solutions de permanganate, de sublimé ou de nitrate d'argent, l'auteur

expose le mode de faire qu'il a suivi à l'hôpital du Midi.

Le malade est assis sur le bord d'une chaise le dos incliné en arrière; il baisse son pantalon jusqu'à terre, et se couvre les genoux et les cuisses d'une toile cirée dont le bord inférieur plonge dans un seau placé entre ses pieds. Le siphon est un laveur de tôle émaillée d'une contenance de deux litres environ, il peut être élevé ou abaissé le long d'une planchette graduée fixée à la muraille, de ce laveur part un tube de caoutchouc terminé par un obturateur en caoutchouc noir durci. Chaque lavage comprend une irrigation de 1 litre du liquide choisi : pour laver l'urèthre antérieur le siphon est placé à une hauteur de 1m,10 à 1m,20; pour l'urèthre postérieur à 1m,50. On fait d'abord uriner le malade auquel on a recommandé d'être resté au moins deux heures sans uriner; l'urine balaie le canal.

La verge est tenue au voisinage du gland entre le médius et le pouce de la main gauche ; le tuyau de caoutchouc est pris entre trois doigts de la main droite en dehors de l'embout, de façon à pouvoir par de faibles pressions interrompre l'arrivée du liquide ; on dirige d'abord le jet sur les lèvres du méat et sur le gland pour en faire l'antisepsie; puis le jet est dirigé directement sur le méat dont il écarte les lèvres, ce qui facilite l'introduction de la canule. Pour le lavage de l'urèthre antérieur l'embout est introduit-de 2 à 3 centimètres jusqu'à obturer le méat; le liquide emplit l'urèthre et le distend: puis on retire un peu l'obturateur, le liquide s'écoule; on remplit de nouveau l'urèthre, on le laisse se vider et ainsi de suite jusqu'à écoulement complet du liquide; la durée moyenne du lavage est de 4 minutes et demie à 5 minutes.

Pour laver l'urèthre postérieur, le siphon est élevé de 1<sup>m</sup>,50 à 1<sup>m</sup>,60, on lave d'abord le gland, le méat et l'urèthre antérieur pendant quelques secondes, puis l'obturateur est introduit jusqu'à fermer complètement le méat contre lequel on le tient solidement appliqué. On invite le malade à ne pas faire d'efforts et à respirer largement; le liquide pénètre facilement dans l'urèthre postérieur et la vessie, ce dont le malade se rend compte. Au bout de quelques instants le besoin d'uriner se fait sentir : on retire la canule en interrompant le courant et on laisse le malade uriner : on interrompt ce jet deux ou trois fois en comprimant le gland de façon que le liquide distende l'urèthre : on fait ainsi un lavage très efficace. Quand la vessie est vide, on recommence : en moyenne, le lavage se fait en quatre ou cinq fois. Il vaut mieux laisser dans la vessie un peu de liquide antiseptique.

Comment doit être dirigé le traitement?

Il est de toute nécessité de faire un examen microscopique ; celui-ci démontre ou ne démontre pas de gonocoques. Si l'on n'en trouve pas à un premier examen il sera bon d'exciter un peu la sécrétion soit en faisant un lavage avec un demi-litre de solution de nitrate d'argent à 1/2000 ou de sublimé à 1/20000, ou tout simplement de faire boire le soir quelques verres de bière. On refera l'examen et l'uréthrite ne sera classée comme non spécifique que si l'examen des sécrétions après l'une de ces épreuves, reste négatif. Son traitement sera alors celui de la phase post spécifique dont on parlera plus loin.

Si l'examen a montré des gonocoques il faut procéder aux lavages et les continuer tant qu'on trouvera des gonocoques; nous reviendrons tout à l'heure sur le choix du liquide. Quand le gonocoque a disparu il sera bon de continuer encore les lavages quelques jours, puis on aura recours à des lavages avec des solutions plus faibles, ou des liquides astringents en espaçant les lavages tous les deux, puis tous les trois jours jusqu'à la guérison. Le malade ne sera considéré comme guéri que lorsqu'il ne présentera plus de gonocoques, même après la réaction par le nitrate d'argent ou le sublimé, qu'il n'a pas de complications uréthrales, qu'il n'a pas de rétrécissement.

Comme liquide d'injection l'auteur donne la préférence au permanganate de potasse en solution de 1/4000 à 1/1000. On peut obtenir la guérison à toutes les périodes à l'aide du permanganate seul. Le nitrate d'argent employé en solutions de 1/4000 à 1/3000 est bien supporté par l'urèthre et la vessie: les solutions à 1/2000 sont le plus souvent bien supportées; à 1/1000 les lavages sont douloureux. Les lavages au nitrate d'argent calment moins bien les phénomènes inflammatoires du début de la blennor-

rhagie, et bien qu'il soit possible d'obtenir une guérison par le nitrate d'argent seul, l'auteur préfère l'emploi du permanganate. Telles sont les conclusions de cet intéressant travail sur lequel nous nous sommes un peu étendu parce qu'il résume la pratique actuellement en usage dans beaucoup de services hospitaliers parisiens, notamment à l'hôpital Necker et à l'hôpital du Midi.

LEOPOLD ESTAY. — Contribution à l'étude des applications de l'europhène au traitement du chancre mou (29 juillet 1893).

Il résulte des expériences faites par l'auteur dans le service de M. le Dr Balzer, à l'hôpital du Midi, que l'europhène (on sait que l'europhène contient de l'iode dans la proportion de 28,1 pour 100) possède le même pouvoir bactéricide que l'iodoforme et peut par conséquent être employé dans tous les cas où jusqu'alors on employait l'iodoforme dans le pansement des plaies simples ou suppuratives. Dans le traitement du chancre mou, l'europhène a sur l'iodoforme l'avantage de n'avoir pas d'odeur désagréable, d'être une poudre très légère, d'adhérer plus facilement aux tissus et de ne pas être toxique ; il est de plus très légèrement caustique, grâce aux vapeurs iodées qui s'en dégagent.

# Ch. Yvinec. — Contribution à l'étude du traitement du bubon (26 juillet 1893).

L'auteur passe en revue toutes les méthodes préconisées et étudie principalement la compression, l'incision, la ponction, la ponction avec aspiration, les injections interstitielles. Il arrive à cette conclusion éclectique qu'il n'y a pas de méthode absolue à suivre et que l'intervention diffère suivant le cas. L'incision est un moyen fort simple mais laisse des stigmates fàcheux; il est vrai qu'on peut les rendre moins apparents en faisant l'incision verticale; la ponction au bistouri qui semble lui être préférée, remplit le même but en ménageant davantage la peau; l'une et l'autre sont redoutées des malades par crainte de la douleur. Celle-ci peut d'ailleurs être évitée par les anesthésiques locaux et c'est à ces méthodes en définitive qu'on aura recours si les autres tentatives échouent.

La ponction aspiratrice est simple, moins douloureuse et, quand elle réussit, guérit vite, mais elle échoue souvent. Les injections intra-ganglionnaires, très préconisées dans ces derniers temps, constituent une méthode très simple : si elles échouent au point de vue curatif, elles semblent du moins modifier favorablement la nature du pus. Les autres procédés, lavages, pansements antiseptiques, compression, injections après ponction ne sont que des adjuvants. En résumé, tenter au début les injections antiseptiques intra-ganglionnaires (benzoate de mercure, sublimé, etc.); en cas d'insuccès, ponction aspiratrice, ou ponction au bistouri, ou incision verticale en associant les injections, lavages et pansements appropriés.

### Aumont. — Étude sur le chancre syphilitique des paupières (27 juillet 1893).

Travail assez complet résumant tout ce que l'on connaît sur cette question maintenant bien étudiée; le chancre syphilitique des paupières est rare mais non exceptionnel (1 sur 500 chancres environ, 1 sur 50 chancres extragénitaux à peu près) ; les hommes sont plus atteints que les femmes; les enfants si souvent malades de blépharite fournissent une proportion importante de contagionnés; aussi, professionnellement, les médecins et les sages-femmes soit qu'après le toucher vaginal on se frotte l'œil d'une façon inconsciente, ou que pendant un examen de la gorge la salive du malade soit projetée à la figure. Le chancre siège le plus souvent au grand angle de l'œil ou sur le bord libre des paupières; il se présente avec ses caractères habituels et se diagnostique surtout par son adénopathie concomitante (parotidienne, sous-maxillaire, prémassétérine). Il guérit sans laisser de traces, s'il n'a pas été irrité; il faut faire des pansements propres non irritants, et ne pas cautériser. Le principal intérêt de cette petite monographie est la publication de quatre observations inédites : 1º chancre de l'angle interne de l'œil droit chez un homme de 53 ans; 2º chancre de l'angle interne de l'œil droit chez un homme de 38 ans; 3º chancre de la conjonctive palpébrale inférieure gauche chez une petite fille de 3 ans et 2 mois contagionnée par sa marraine dans l'embrassement ; 4° chancre de l'angle interne de l'œil gauche chez un homme de

#### E. Rochon. — Des pleurésies syphilitiques (20 juillet 1893).

L'histoire en est relativement récente, les premières observations de MM. Dieulafoy, Chantemesse et Widal, Talamon, etc., ne remontant pas à plus de quatre années, du moins pour les pleurésies essentielles, c'est-à-dire pour celles qui se produisent indépendamment d'une pneumopathie. Ces dernières ou pleurésies syphilitiques secondaires accompagnent les gommes ou les scléroses du poumon.

L'existence des pleurésies essentielles a été très discutée: l'auteur en s'appuyant sur un nombre assez important d'observations croit pouvoir en distinguer deux variétés, des pleurésies essentielles précoces appartenant à la période secondaire, des pleurésies essentielles tardives, pleurésies de la période tertiaire. Les premières coïncident généralement avec une poussée éruptive. Les signes et la marche sont ceux d'une pleurésie ordinaire; et dans quelques cas la réaction de douleur, de gêne respiratoire et de fièvre est si minime qu'elle peut passer inaperçue. L'épanchement est rarement très abondant. Les pleurésies tardives ne sont pas moins insidieuses: l'existence en est basée sur la concomitance d'épanchements pleuraux avec des lésions syphilitiques tertiaires et la disparition rapide de ces épanchements sous la seule influence du traitement antisyphilitique.

### Henri Corre. — Du rétrécissement dit syphilitique du rectum (22 février 1893).

Résumé clinique et étiologique assez complet de la question, suivi d'un

chapitre étendu de thérapeutique chirurgicale. L'auteur admet que la syphilis ne saurait seule être mise en cause dans ces sortes de rétrécissements; que quand elle coexiste elle agit comme cause locale par les lésions qu'elle a pu provoquer dans la région, et ne considère pas le rétrécissement comme un accident spécifique distinct, un syphilome, ainsi qu'on l'a longtemps accepté. D'autres causes, la blennorrhagie, la pédérastie, etc., toutes les causes en un mot de rectite, peuvent être le point de départ de la sténose. Le traitement médical est impuissant : le traitement chirurgical seul peut être efficace : la méthode de choix est l'extirpation de la partie inférieure du rectum rétréci toutes les fois qu'elle est possible. Elle assure la guérison des malades.

# L. Bridiér. — Recherches sur le rapport du poids du fœtus au poids du placenta dans l'albuminurie et dans la syphilis (15 février 1893).

Travail intéressant sur un sujet encore assez neuf et dont les éléments ont été puisés à la clinique d'accouchements de M. le professeur Pinard. La plus grande partie a trait aux altérations d'origine albuminurique déjà assez bien connues. Les lésions placentaires de la syphilis sont non moins importantes. Si, au point de vue histologique, la syphilis placentaire est encore à établir, au point de vue macroscopique les altérations sont assez facilement reconnaissables. Le placenta syphilitique est hypertrophié, volumineux, d'aspect blanchâtre, mou et friable. La pression des doigts y laisse de profondes dépressions, de vrais trous ou bien le réduit en fragments.

Son aspect rappelle celui du hachis de porc. Les cotylédons sont séparés par de profonds sillons. Au contraire de l'albuminurie où les lésions placentaires s'accompagnent d'une diminution de volume et de poids, dans la syphilis le placenta est plus lourd qu'à l'état normal. Souvent le défaut de parallélisme entre le poids du placenta et celui du fœtus éveillera l'attention de l'accoucheur et un examen approfondi de la parturiente, du fœtus, du placenta ne tardera pas à lui indiquer la cause soit de l'avortement, soit de l'état du fœtus.

Sur 3,511 accouchements relevés sur les registres de la clinique Baudelocque, on trouve 109 observations de syphilis, soit une proportion de 3,1 p. 100. Sur 47 observations d'accouchements à terme (10 enfants morts) la moyenne du poids a été trouvée de 3,052, la moyenne du placenta étant de 665, soit un rapport de 4,5. Dans les grossesses normales, au contraire, le placenta représente seulement le sixième du poids du fœtus. La différence s'accentue encore dans le cas de grossesses terminées avant terme; mais d'une façon générale on peut dire que le placenta syphilitique représente le quart du poids du fœtus au lieu du sixième, poids normal.

#### E. Poussard. — D'une amyotrophie spinale progressive chez des syphilitiques (25 mai 1893).

Étude détaillée d'un cas observé par l'auteur dans le service de son maître, M. le D<sup>e</sup> Raymond, et rapproché de trois autres cas analogues quoique moins précis. Il s'agit d'une forme d'amyotrophie, d'origine spi-

nale, à marche progressive, revêtant les allures du type Aran-Duchenne mais en différant par quelques symptômes caractéristiques: douleurs, parésie, précédant l'atrophie; conservation de la sensibilité; apparition tardive des symptômes leucomyéliques latéraux. Les douleurs ouvrent la marche des symptômes : d'abord vagues et fugaces, elles se localisent ensuite sur certaines régions. Elles ont les allures d'une névralgie, répondant au trajet d'un tronc nerveux. Elles persistentjusqu'à la fin de la maladie, allant toujours s'augmentant, mais précèdent toujours l'atrophie. En même temps qu'elles, apparaît comme phénomène de début une parésie qui frappe les muscles à qui l'on demande un travail soutenu : elle peut aller jusqu'à la paralysie. L'atrophie ne vient chronologiquement qu'en troisième ligne, mais devient le symptôme capital. Elle débute le plus souvent par les petits muscles de la main et se propage peu à peu à d'autres muscles du membre supérieur. Dans quelques observations, les extenseurs de la tête ont été pris dans les premiers et dès le début les malades avaient la tête inclinée en avant. L'atrophie envahit progressivement tous les muscles, le corps est bientôt réduit à l'état de squelette, et apparaissent les phénomènes réunis sous le som de paralysie labio-glosso-laryngée. L'absence de troubles de la sensibilité constitue un signe négatif de haute importance ; il en est de même de la conservation des réflexes. Quant à la réaction électrique, on constate une diminution de la contractilité au courant faradique et au courant galvanique qui aboutit au bout d'un temps plus ou moins long à la réaction de dégénérescence complète ou partielle.

La marche est essentiellement chronique ; la maladie a débuté dans la seconde moitié de la vie de 35 à 50 ans environ ; la durée ne peut être fixée à cause du petit nombre des faits actuellement observés. Chez le malade qui est mort dans le service de M. Raymond, l'évolution avait été de six années. Plus ou moins rapidement d'ailleurs, l'évolution évolue vers une terminaison fatale. La mort sera amenée par les lésions bulbaires ou

par une maladie intercurrente quelconque.

L'anatomie pathologique ne peut encore être établie d'une façon générale et définitive, car M. Poussard ne peut donner que les résultats d'une seule autopsie, celle du malade de M. Raymond: on a constaté une méningo-myélite vasculaire diffuse, avec maximum des lésions atteignant, sur une coupe horizontale, le segment antéro-externe de la moelle; sur une coupe verticale, le renflement cervical. Les cellules ganglionnaires des cornes antérieures avaient subi une altération considérable, cause de l'atrophie musculaire.

Les tubes nerveux des racines antérieures ont résisté cependant en grande partie; mais un certain nombre de tubes nerveux ont disparu du fait d'un processus de névrite périphérique. Cette forme d'amyotrophie ne peut être confondue avec aucune autre des nombreuses formes d'amyotrophie liées à la syringomyélie, à la poliomyélite, à la paralysie générale spinale subaiguë diffuse, à la polynévrite, à l'hystérie, etc.

L'altération des vaisseaux a paru être primitive et commander les lésions des cornes antérieures et des cordons blancs antéro-latéraux.

Tous les malades étaient syphilitiques et malgré que les altérations vasculaires n'aient aucun caractère spécifique, l'auteur n'hésite pas à incrim

de

n

miner la syphilis comme cause de la maladie et agissant par l'intermédiaire des toxines: l'infection aurait engendré, dans un système nerveux prédisposé par une tare héréditaire, une artérite toxique, cause première du processus intra-médullaire.

Victor Kasimir. — Contribution à l'étude des myélites syphilitiques (29 juillet 1893).

Travail sans originalité (avec une seule observation inédite, fort incomplète d'ailleurs), et ayant la prétention d'embrasser l'étude tout entière de la syphilis médullaire : reproduction de nombreuses observations empruntées aux travaux connus sur la question de Zambaco, Lancereaux, Savard, Gilbert et Lion, etc.

JEAN NAGEOTTE. - Tabes et paralysie générale (1er février 1893).

L'important et remarquable mémoire de M. Nageotte met au point une question depuis longtemps controversée et à laquelle de récentes discussions ont donné un intérêt tout particulier, et l'auteur tend à démontrer après son maître, M. le Dr Raymond, que la paralysie générale vient compliquer le tabes, ou réciproquement, dans un nombre si considérable de cas qu'il est impossible de regarder l'une de ces maladies comme une complication de l'autre, mais que l'une et l'autre sont les manifestations d'un même état morbide procédant d'une étiologie commune, la syphilis. C'est celle-ci qui, se retrouvant aussi bien à l'origine de l'une comme de l'autre, a servi pour ainsi dire de trait d'union entre les deux syndromes. Appuyée d'observations cliniques et anatomo-pathologiques, avec dessins de haute valeur, la thèse de M. Nageotte est bien faite pour entraîner la conviction de ceux qui résistent encore à accepter l'assimilation. C'est dans les deux tiers des cas qu'on trouverait d'après lui la paralysie générale unie au tabes; toutes les formes de l'une comme de l'autre peuvent se rencontrer associées. Dans le cours du tabes les symptômes de paralysie générale peuvent se montrer dès le début et par leur prédominance faire prendre celle-ci pour une affection primitive, le tabes passant inaperçu; ils peuvent n'apparaître que dans le cours du tabes alors que depuis longtemps déjà existent les manifestations médullaires; ils peuvent aussi se montrer tardivement quand, depuis de longues années déjà, le malade est tabétique. Enfin, quand le tabétique meurt sans avoir présenté des symptômes mentaux bien appréciables, on peut trouver dans son cerveau la lésion de la paralysie générale.

La marche inverse s'observe également bien: c'est le paralytique général qui devient tabétique et alors l'affection médullaire est masquée par l'affection cérébrale dans beaucoup de cas. Plus rarement les deux débu-

tent ensemble et évoluent parallèlement.

L'anatomie pathologique prouve qu'il s'agit toujours de tabes et de paralysie générale légitimes.

Quant à l'étiologie, l'auteur reproduit les arguments déjà bien connus en faveur de l'origine syphilitique du tabes et de la paralysie générale et invoque cette identité d'origine comme un argument de plus en faveur d'une réelle communauté de symptômes. Un avenir prochain, étant données les recherches sur ce sujet qui se font de tous côtés, nous fixera définitivement sur ce point si curieux et si important de la pathologie nerveuse et de l'histoire de la syphilis. Le travail de M. Nageotte aura singulièrement contribué à avancer la question en la posant nettement et en la défendant avec un luxe d'arguments véritablement péremptoires.

Jules Thérault. — L'huile grise dans le traitement de la syphilis (15 mars 1893).

Cette thèse est le résumé d'une série d'expériences faites à l'infirmerie de la maison Saint-Lazare, notamment dans le service de M. le Dr Le Pileur, L'huile employée a été faite suivant la formule de Vigier.

Vaseline blanche liquide	• •	5	gr
Onguent napolitain		2	3)
Mercure		39	10

Triturer un quart d'heure et ajouter :

Vaseline blanche solide	14	gr.
Vaseline liquide		3)

Ce produit renferme exactement 40 p. 100 de mercure. Une seringue de Pravaz contient donc 40 centigr. de substance active, c'est-à-dire un peu moins de 6 injections de 7 centigr.; la dose d'une injection qui est de 3 gouttes et demie correspond à ces 7 centigr. de mercure.

Faites avec une bonne technique ces injections qu'on renouvelle tous les 10 jours environ n'ont donné lieu à aucun accident. Elles sont supérieures aux injections de calomel qui agissent plus vite, il est vrai, mais sont souvent suivies d'accidents et sur celles d'oxyde jaune. Elles sont indiquées dans les cas où il y a des troubles gastro-intestinaux; elles constituent une méthode propre, commode, bon marché et qui sera une méthode de choix toutes les fois qu'il y aura lieu de se mésier des malades quand ceux-ci cherchent à se soustraire aux traitements. (Dispensaires et hôpitaux de prostituées, hôpitaux civils dans certains cas.)

Moise Eublitz. — Traitement hypodermique de la syphilis par les sels mercuriels en général et par le sozoiodolate de mercure en particutier (15 mars 1893).

Excellente revue d'ensemble des diverses méthodes d'injections mercurielles, sels solubles et insolubles, et mise en parallèle des avantages et des inconvénients de chacun d'eux. Les avantages, comme chacun sait, sont l'exactitude du dosage et la rapidité des effets thérapeutiques; les inconvénients sont la douleur et les réactions locales, qui peuvent être réduites à un minimum satisfaisant par un choix judicieux de la préparation et une bonne technique. C'est à des fautes que doivent être attribués la plupart des accidents graves signalés. Pour assurer la mercurialisation chronique, les sels insolubles sont préférables : le calomel et l'oxyde jaune seront réservés, comme on l'a vu plus haut, pour les cas graves; l'huile grise ou le

t

l

thymol acétate pour les cas communs. Ces injections ne seront faites que lorsque le malade pourra être surveillé et quand la bouche sera en bon état. Les préparations solubles à employer sont : le sublimé, le peptonate de mercure, le bijodure. A côté vient se placer le sozoiodolate. Ce sel a été préconisé surtout par le professeur Schwimmer qui a traité de cette façon 200 cas de syphilis en l'espace d'un an et demi ; la solution employée a été ainsi composée: Sozoiodolate de mercure, 0,80; iodure de potassium, 1 gr. 60; eau distillée, 10 gr. On prend 1 partie du sel de mercure, on y ajoute un peu d'eau distillée et on étend ensuite avec une quantité double de Ki. On triture la masse jusqu'à ce qu'on ait obtenu un mélange égal et fluide. On verse alors la quantité suffisante d'eau distillée dont on a besoin (pour 50 gr. d'eau distillée par exemple, on prend 4 gr. de sozoiodolate et 8 gr. de Ki). La solution obtenue est claire et pure; on la filtre et on a une solution légèrement jaunâtre, prête à l'usage. C'est de cette solution que s'est servi M. Eudlitz dans le service de M. le professeur Fournier où ont été faites les expériences. On a commencé par des doses minimes pour arriver progressivement à la dose de 6 centigr. par injection, à raison d'une par semaine. Les résultats thérapeutiques ont été satisfaisants : il n'y a pas eu d'accidents · locaux ni d'accidents généraux; mais la préparation a le gros inconvénient d'être douloureuse, ce qui rend ce mode de traitement difficile à faire accepter des malades.

# Georges Audigier. — Étude sur le tannate de mercure dans le traitement de la syphilis (25 juillet 1893).

Cette préparation a été étudiée à l'étranger surtout (Lutsgarten, Petrini). L'auteur nous donne les résultats obtenus par M. Balzer à l'hôpital du Midi. Le tannate de mercure est une bonne préparation qui a pour principal avantage d'ètre bien tolérée par le tube digestif même à dose élevée. Il contient de 40 à 50 p. 100 de métal pur. On l'emploie communément à la dose de 0,02 à 0,04 centigr. pour les enfants ; de 0,05 à 0,10 centigr. chez les femmes et de 0,10 à 0,15 chez les hommes. On en fait ordinairement des pilules contenant 0,05 centigr. de tannate, autant d'extrait de quinquina et 0,02 de glycérine. L'appétit augmente généralement pendant le traitement ; l'estomac et l'intestin restent intacts pour la digestion des aliments: en résumé bonne préparation qui peut suppléer parfaitement les autres médicaments dans le traitement interne de la syphilis.

HENRI FEULARD.

### REVUE DES PUBLICATIONS PÉRIODIQUES

#### REVUE DE DERMATOLOGIE

Absorption cutanée. — S. Fubini et P. Pierini. Assorbimento della pelle. (Bollettino della R. Accademia di Roma, 1893, fasc. 2.)

Les auteurs, après avoir résumé les opinions discordantes émises au sujet de l'absorption par la peau, rapportent une série d'expériences sur l'homme et sur les animaux, dans lesquelles ils n'ont jamais pu soit constater dans les urines la présence des substances qu'ils essayaient de faire absorber, soit observer les réactions physiologiques de ces substances : acide salicylique dissous dans l'huile d'amandes douces, solution aqueuse de santonate de soude, d'iodure de potassium, de salicylate de soude, de nitrate de strychnine, de cyanure de potassium, de benzoate de lithine, employées sous forme d'immersion prolongée, solution aqueuse de ferrocyanure de potassium employée en pulvérisations, de chlorhydrate de cocaïne en applications locales prolongées. Ils concluent que la peau saine n'absorbe pas les substances non volatiles.

Georges Thibierge.

Absorption cutanée. — Bourger. De l'absorption de l'acide salicylique par la peau et du traitement du rhumatisme articulaire aigu. (Revue médicale de la Suisse romande, septembre 1893, p. 567.)

L'auteur a employé des pommades à base de glycérolé d'amidon, de vaseline, d'axonge, renfermant 10 p. 100 d'acide salicylique. La pommade était étendue, sans friction, mais assez abondamment autour des principales articulations qui étaient enveloppées d'une bande de flanelle. L'examen des urines a montré que l'acide salicylique y passait en proportions variables, plus fortes lorsque la pommade est à base d'axonge renfermant un dixième de lanoline et un dixième d'essence de térébenthine que quand elle est préparée avec les autres excipients, surtout très faible lorsque l'excipient est le glycérolé d'amidon.

L'absorption se fait bien chez les sujets âgés de moins de 40 ans; passé cet âge, elle est moins facile.

Chez la femme, dont la peau est plus fine, l'absorption est plus facile que chez l'homme. Chez les sujets blonds, elle est plus facile que chez les sujets bruns; elle est également plus facile chez les sujets bien nourris, ayant un pannicule adipeux moyen, que chez les sujets amaigris, ayant une peau sèche et squameuse; elle se fait mieux lorsque la pommade est appliquée au pourtour des grandes articulations que quand elle est appliquée sur le tronc.

po tal

E

rh

da

ro

u

si

CE

n

Si

ir

d n P c c a

L'auteur s'est basé sur ces expériences pour faire des applications de pommade salicylée chez les rhumatisants, et il en a obtenu de bons résultats.

Georges Thibierge.

Eczéma séborrhéique. — G.-T. Elliot. A contribution to the histology of one phase of eczéma seborrhoicum (Journal of cutaneous and genito-urinary diseases, juin 1893, p. 205.)

L'auteur donne un examen histologique très détaillé de l'affection si connue, que l'on appelle communément à l'heure actuelle eczema sébornéique circiné du dos et du devant de la poitrine. Le chorion présente dans les couches papillaires et sous-papillaires une infiltration de cellules rondes autour des vaisseaux qui sont un peu dilatés. Les cellules fixes dans leur voisinage immédiat sont aussi beaucoup plus nombreuses. En certains points, il y a des amas plus considérables de cellules dans une ou deux papilles; ces points correspondent sans doute aux élevures simulant des papules qu'on distingue à l'œil nu. D'ailleurs, l'infiltration cellulaire existe aussi plus bas dans le chorion, autour des branches

ascendantes des vaisseaux des réseaux profonds.

En certains points du rete de Malpighi, au-dessus des papilles dont nous venons de parler et au niveau desquelles existait une infiltration marquée, les cellules ont subi un processus de dégénérescence très accentué, de telle sorte que leurs contours et leurs formes sont peu nets, et leurs noyaux ne sont que très peu distinctement teintés par la safranine. On voit également un grand nombre de cellules migratrices entre les cellules du stratum spinosum. Mais les altérations les plus importantes sont de beaucoup celles des noyaux. En outre des mitoses qui existent en nombre considérable, on voit aussi dans les préparations obtenues avec la solution de Fleming de nombreux espaces de formes diverses, pour la plupart arrondis, qui semblent tout d'abord occuper la place d'une ancienne cellule. Ces espaces existent dans la couche basilaire du rete, et çà et là dans le stratum spinosum et le stratum granulosum, mais spécialement dans les parties situées entre les papilles : en plusieurs points les cellules du stratum corneum présentent des lésions analogues. Lorsqu'on emploie de forts grossissements, on voit que ces espaces sont situés dans les cellules mêmes, car ils sont entourés d'un protoplasma légèrement granuleux et occupent la situation des noyaux. Or, il est possible de surprendre dans les préparations toutes les phases d'évolution de cette lésion. Dans certaines cellules, la substance chromatogène se colore fortement et semble toute concentrée vers un côté du corps nucléaire, laissant un petit espace clair de l'autre côté. Peu à peu, cet espace clair augmente de dimensions, tandis que la portion colorée du noyau diminue d'autant, et peu à peu la cellule ne contient plus qu'un corps transparent ressemblant à une vésicule. Dans quelques cellules, la substance chromatogène se divise en deux, se portant vers les deux pôles, ou bien ne forme qu'un seul amas, ou bien encore forme des figures fort irrégulières.

Le stratum granulosum n'est ni diminué ni accru, sauf en quelques

u

e

e

)

it

t

t

points; la couche cornée est amincie, en desquamation, et est composée de cellules un peu plus volumineuses que les cellules normales, et contenant par places des traces de noyaux qui se colorent parfaitement.

Les glandes sébacées ne présentent pas de modifications. Les glandes sudoripares ont pour la plupart leurs glomérules dilatés; l'épithélium cubique qui les tapisse normalement est absent, le contour des cellules qu'ils contiennent n'est pas perceptible, et l'aspect est celui de noyaux englobés irrégulièrement dans une masse de substance granuleuse. Çà et là dans quelques glandes se voient des mitoses : les conduits excréteurs sont normaux.

L'auteur a examiné avec le plus grand soin les préparations faites avec l'acide osmique, pour vérifier les idées d'Unna; mais, malgré les recherches les plus minutieuses, il n'a pu trouver d'infiltration de graisse ni dans le rete, ni dans le chorion, ni dans les glandes sudoripares. Il en a trouvé au contraire dans les glandes sébacées, dans leurs conduits, aux orifices des follicules pileux, et tout autour dans une certaine étendue.

Le Dr Elliot diffère donc d'Unna en ce qu'il n'a pas trouvé les mêmes infiltrations de graisse que lui, et en ce qu'il ne peut considérer, comme le dermatologiste allemand, les altérations nucléaires comme caractéristiques de cette maladie ; en effet, il les a rencontrées dans d'autres processus, et tout ce qu'il peut faire c'est de les regarder comme étant des preuves d'une maladie siégeant surtout vers l'épiderme. Mais le Dr Elliot est complètement d'accord avec Unna pour faire de l'eczéma séborrhéique une affection nettement inflammatoire, et non un trouble de sécrétion, et cela dès ses premières phases. On ne peut donc admettre que les phénomènes inflammatoires soient ici secondaires et consécutifs à une irritation artificielle des téguments, par un excès de graisse excrétée. L'examen histologique précédent vient détruire complètement cette théorie.

L'eczéma séborrhéique est donc une affection inflammatoire d'emblée, très probablement consécutive à l'évolution sur la peau d'un parasite.

L. B.

Gangrène symétrique des extrémités. — Elsenberg. Die sogenannte Raynaud'sche krankeit. (Gangraena symmetrica) syphilitischen Ursprungs. (Arch. f. Dermatologie u. Syphilis, 1892, p. 577.)

Il s'agit d'une femme de 22 ans, entrée à l'hôpital le 10 avril 1888. Respiration vésiculaire un peu aiguë au niveau du sommet droit. Cœur normal, bruits cardiaques réguliers, pouls petit, 108. Foie assez fortement hypertrophié, la limite supérieure de la rate atteint la 7° côte. Fièvre légère, inappétence. Ni albumine ni sucre.

Sur les deux joues, et disposées d'une manière symétrique, quelques petites taches violet foncé confluentes, irrégulières; au menton du côté gauche deux taches analogues plus petites, parallèles au bord inférieur de la mâchoire, le menton même est presque complètement envahi par une petite tache moins foncée.

La peau du tronc et des membres a une coloration brun foncé et est recouverte de taches rouge foncé qui ne disparaissent pas à la pression (ce sont

de petites hémorrhagies dans les couches superficielles de la peau). En outre la peau des membres est en plusieurs points le siège de plaques

gangréneuses circonscrites.

S

S

S

i

a

Ainsi au niveau de la phalange médiane de l'index et sur la face dorsale il y a une ulcération indolente, à bords décollés, violet foncé et à fond sec et grisâtre. La peau de la face dorsale des mains a une teinte violet foncé presque noire et est insensible. On observe les mêmes lésions sur différents points des membres inférieurs. Sur les jambes, nombreuses cicatrices. Les parties molles de tous les orteils du pied droit sont détruites par la gangrène, la peau dorsale du pied droit est très rouge, tout le pied est œdémateux, sensible. Les ganglions cervicaux et inguinaux sont engorgés, surtout du côté gauche. Avant son entrée à l'hôpital, la malade a eu de la diarrhée.

L'affection a débuté il y a six mois, par de petites taches sur la joue droite et plus tard à gauche.

La mère de la malade est morte de tuberculose pulmonaire à l'âge de

50 ans, le père vit encore, deux frères sont bien portants.

La menstruation s'est établie à l'âge de 13 ans; à 16 ans la malade s'est mariée avec une jeune homme ayant le même âge que le sien; 15 mois après elle eut un garçon qui mourut au bout de 4 semaines de rétention d'urine. Quelques semaines après l'accouchement, la mère eut de temps en temps des douleurs au niveau du sacrum, dans la partie inférieure de l'abdomen et des pertes blanches. Dans les derniers temps elle a eu de violents chagrins. Pendant toute la durée de son séjour à l'hôpital la malade a eu de la fièvre; la gangrène fit des progrès rapides, diarrhée, faiblesse très grande et amaigrissement, collapsus; mort le 10 mai.

Les cicatrices des jambes et leur forme, l'hypertrophie du foie, les lésions des os et du crâne, puis l'extension assez marquée de la gangrène aux différentes régions de la peau, tous ces symptômes et l'absence de lésions du cœur et des gros vaisseaux, de thromboses, ainsi que les phénomènes observés à l'hôpital ne pouvaient s'expliquer que par une infection syphilitique. On prescrivit en conséquence un traitement spécifique

qui fut mal toléré.

A l'autopsie, on trouva : poumons et cœur normaux, trachée, bronches, larynx à l'état normal; le foie est légèrement hypertrophié, principalement le lobe droit qui est très déformé; les bords sont arrondis, épais et émoussés. Çà et là, particulièrement sur les bords et à la face supérieure du lobe gauche, dépressions cicatricielles, semblables à des ombilics qui pénètrent dans la profondeur du parenchyme hépatique. Dans les points où le tissu cicatriciel jeune est en contact avec des granulations jaunâtres, caséeuses, elles se réunissent çà et là pour former des nodosités du volume d'un œuf de pigeon, souvent sous-jacentes à la surface. Gommes analogues à la face inférieure du foie et arrivant au bord, et à la surface du lobe gauche. Hypertrophie considérable de la rate dont le volume est quatre fois plus grand qu'à l'état normal. Les reins sont peu augmentés de volume.

Sur des fragments de peau excisés sur les bords des ulcères gangréneux il existe dans le tissu cellulaire sous-cutané, sous les bords et à la base des ulcères, tout autour des glandes sudoripares et des vaisseaux, une infiltration légère de petites cellules. Un grand nombre de vaisseaux sanguins sont altérés. Les parois des petites artères sont très épaissies, leur calibre est presque complètement oblitéré, parfois cependant il est dilaté dans les points où ces altérations sont récentes.

Les modifications les plus importantes surviennent dans les points où les artères se ramifient, là le calibre du vaisseau est d'ordinaire très rétréci, parfois même bouché. Dans les rameaux qui s'en détachent souvent le calibre du vaisseau n'existe plus. En outre, dans bon nombre de vaisseaux altérés le calibre des vaisseaux est obstrué par des caillots qui consistent en corpuscules sanguins décolorés, ayant subi la dégénérescence graisseuse, entre lesquels il y a des cellules d'endothélium desquamées.

Sur les bords de l'ulcère, la peau elle-même est envahie par une infiltration considérable de petites cellules, ainsi que par de nombreuses ecchymoses; de plus, on constate dans la couche profonde de Malpiphi, ainsi que dans le chorion et le tissu conjonctif sous-cutané sous-jacent, un pigment abondant, granuleux, rouge brun, soit à l'intérieur des cellules, soit en dehors d'elles. Il est plus difficile de suivre les altérations des vaisseaux de la peau, car ils sont entourés d'un nombre considérable de petites cellules; cependant, on peut constater dans les veines des caillots, plus fréquemment encore une dilatation considérable.

Les cas de lésions des vaisseaux en connexion avec la syphilis sont assez rares.

Il est probable que les petits vaisseaux capillaires de la peau sont affectés plus souvent que les gros vaisseaux. Dans le chancre dur, dans les nodosités gommeuses on trouve constamment des altérations vasculaires; selon Klotz toutes les ulcérations des périodes tardives de la syphilis qui ont des bords taillés à pic et une forme arrondie et que l'on regarde d'ordinaire comme des nodosités gommeuses ulcérées, doivent être considérées comme des gangrènes circonscrites dues à une artérite oblitérante analogues à l'ulcère rond de l'estomac. Cette opinion si vraisemblable qu'elle puisse être n'est encore qu'une hypothèse, il lui manque une base anatomique.

Le cas ci-dessus peut être regardé comme un exemple dans lequel des altérations syphilitiques des petits vaisseaux artériels ont déterminé la gangrène; ce cas est d'autant plus digne d'attention qu'il a été confirmé par l'autopsie. Il est en outre intéressant en ce sens que s'il représente parfaitement le tableau de la maladie de Raynaud, par contre il ne répond pas sous le rapport étiologique à la notion de gangrène symétrique de cet auteur.

Comme cause de cette affection Raynaud admet une contraction réflexe des vaisseaux se prolongeant assez longtemps pour amener la gangrène.

Dans ces derniers temps on a publié des cas de maladie de Raynaud d'origine syphilitique, toutefois tous n'ont pas été confirmés par la nécropsie : cas de Giovannini (1885), de Klotz, de Morgan, de Baraban et Etienne.

L'auteur est convaincu, d'après le cas ci-dessus, qu'il peut survenir une

g

q

gangrène symétrique consécutive à des altérations des vaisseaux provoquées par la syphilis. Dans de semblables conditions, les cas de même nature ou analogues à celui-ci, présentant tous les caractères objectifs de la maladie de Raynaud et des lésions matérielles des vaisseaux (dans le cas ci-dessus de nature syphilitique) existant constamment, on peut se demander s'il faut entendre la maladie de Raynaud dans le sens étroit que cet auteur a indiqué. Cette maladie se composera toujours d'un ensemble déterminé de symptômes, toutefois on n'est pas autorisé à admettre, jusqu'à présent du moins, que le point de départ de cette affection est uniquement une contraction réflexe des vaisseaux. De plus, il y a dans la science bon nombre d'observations qui prouvent que la maladie de Raynaud peut survenir consécutivement à des troubles trophiques provoqués par l'inflammation des nerfs périphériques à la suite de traumatismes, de maladies infectieuses, d'intoxications, d'affections des centres nerveux. Dans ces cas, comme on ne trouve pas de modifications des vaisseaux, il faut donc admettre que la maladie de Raynaud n'est qu'un symptôme de différentes affections, qu'elle ne saurait par conséquent constituer une forme morbide spéciale.

Herpès généralisé. — P. Colombini. Caso singolarissimo di Herpes zoster universale. (Commentario clinico delle malattie cutanee e genito-urinarie, 1893.)

Homme de 30 ans, ayant eu antérieurement des fièvres intermittentes, pris de nouveau d'accès à type tierce; ces accès duraient depuis 17 jours, lorsqu'il commença à éprouver des douleurs très intenses, occupant les joues, la langue, les dents, irradiées au cuir chevelu, aux oreilles, aux épaules et aux membres supérieurs, puis étendues à la région costale, douleurs assez violentes pour empêcher le sommeil; quatre jours plus tard, sensation de chaleur ardente occupant les mêmes régions, et accompagnant le développement de plaques rouges plus ou moins étendues, et dès le lendemain apparition de groupes de vésicules, sur un certain nombre de ces taches; en même temps, température élevée oscillant entre 38°,5 et 40° et ayant même atteint 41°, 3 avec délire et somnolence. Des groupes de vésicules se développèrent sur le territoire de distribution d'un grand nombre de nerfs : trijumeau (les 3 branches à droite, l'inférieure seule à gauche), plexus cervical (branches mastoïdienne, auriculaire, postérieure, transverse, sus-claviculaire et sus-acromiale), accessoire du brachial cutané interne, brachial cutané interne, musculo-cutané, dernières ramifications de tous les nerfs se distribuant à la main, rameaux perforants des 4º, 5º, 8e, 9e, 10e, 11e, 12e nerfs intercostaux, branches abdominale et génitale du grand nerf abdomino-génital, nerf fémoro-cutané, nerf génito-crural, nerf obturateur, branche fémorale du fessier inférieur, nerf saphène interne, rameau péronier du sciatique poplité externe, branche tibiale postérieure du sciatique poplité interne, nerf saphène interne, nerfs plantaires interne et externe.

Les phénomènes généraux graves durèrent plusieurs jours, des lésions analogues se montrèrent sur la muqueuse buccale, des névralgies multi-

ples et intenses persistèrent longtemps, quelques groupes de vésicules d'herpès laissèrent des cicatrices à leur place, et un plus grand nombre devinrent l'origine de plaques anesthésiques persistantes.

L'examen histologique des vésicules y fit constater la présence du staphylococcus pyogenes aureus et de corps étoilés qui rappelaient ceux décrits par Marchiafava et Celli dans le sang des individus atteints d'infection palustre et qui représentent pour eux le stade de reproduction du plasmode.

L'auteur discute le diagnostic de ce cas singulier et conclut qu'il s'est trouvé en présence d'un cas d'herpès zoster généralisé sous la dépendance de l'impaludisme.

Ce fait est, à notre avis, tellement extraordinaire, déborde si largement ce que l'on observe habituellement dans le zona, qu'il y a lieu d'être très réservé dans son interprétation et d'émettre quelques doutes sur la légitimité de son annexion au zoster.

Georges Thiblerge.

### Prickly Heat. — S. POLLITZER. (Journal of cutaneous and genitourinary diseases, février 1893, p. 50)

L'auteur a fait des biopsies sur huit individus atteints de cette affection ; il a pris les lambeaux de peau chez des enfants, des adultes, des vieillards : sur le dos, la poitrine, l'abdomen. Les résultats de l'examen microscopique ont toujours été identiques dans tous les cas. Dans la couche papillaire, les capillaires paraissent être distendus, et il y a souvent une légère augmentation de l'infiltration leucocytique périvasculaire : ces lésions sont surtout accentuées dans les cas où la maladie existe depuis fort longtemps. Les cellules du rete n'ont pas subi la moindre modification, et bien que les espaces lymphatiques intercellulaires semblent élargis, il y a une absence frappante de corpuscules blancs du sang émigrés parmi ces cellules. Çà et là dans le rete on voit de larges espaces semblables à des kystes qui ne sont que des sections de conduits sudoripares dilatés. Ces espaces sont ovales ou circulaires; souvent on en trouve plusieurs superposés dans la préparation suivant une ligne oblique. Le contenu de ces espaces est parfois presque entièrement fluide; on y voit une matière finement granuleuse, quelques cellules épithéliales et quelques cellules arrondies : parfois ils ne renferment presque que des éléments cellulaires, parfois tout l'espace est farci de cellules épithéliales, de cellules arrondies, et de fragments de noyaux qui se colorent d'une manière très intense. Lorsque la vésicule apparaît dans les couches supérieures de l'épiderme, elle est d'ordinaire aplatie en une ellipse allongée, et presque toujours son plancher est formé par les cellules du stratum granulosum : dans ce cas son contenu est généralement clair.

Le stratum corneum est presque partout épaissi grâce à l'augmentation de volume de chacune de ses cellules, lesquelles présentent parfois même dans les couches les plus superficielles une apparence vésiculeuse et ont gardé leur noyau.

En résumé, l'examen histologique montre que dans le Prickly Heat il y a une couche cornée tuméfiée par imbibition, un rete de Malpighi légèrement œdémateux, et contenant des conduits des glandes sudoripares dilatés en kystes, et un derme sans autre modification qu'une dilatation des capillaires et de la couche papillaire. La lésion anatomique principale est donc la dilatation kystique des conduits sudoripares, laquelle produit les petites vésicules visibles à l'œil nu. Quant aux petites papules que l'on décrit d'ordinaire dans cette affection, l'auteur n'en a pas trouvé vestige dans ses coupes; il pense qu'un petit kyste rempli de cellules et profondément situé dans le rete peut simuler cliniquement une papule.

Les kystes que l'on observe dans le Prickly Heat appartiennent évidemment à la classe des kystes par rétention, et il doit y avoir une oblitération du conduit glandulaire entre le kyste et l'orifice cutané, c'est-à-dire dans les couches supérieures du stratum corneum. L'auteur croit que cette obstruction est due au gonflement des cellules de la couche cornée, gonflement qui dépend lui-même de leur imbibition par la sueur: un épiderme qui est baigné par de la transpiration maintenue en son contact par des vêtements ne peut pas subir la transformation cornée normale. Les cellules épidermiques en se dilatant peuvent fort bien resserrer les orifices des conduits sudoripares et même les oblitérer à un moment où la sueur n'est pas sécrétée. Dès lors, lorqu'elle l'est de nouveau, elle trouve un obstacle, ne peut sortir, et forme une dilatation du conduit.

Il est vrai que l'on peut objecter à cette manière de voir que beaucoup de personnes transpirent abondamment sans voir se développer de Prickly Heat, et que chez ceux qui en sont atteints toutes les régions du corps et même des régions qui transpirent à l'excès ne présentent pas d'éruption. A cela l'auteur répond que les propriétés de la couche cornée varient suivant les personnes et suivant les régions. Les cellules qui sont imprégnées de graisse ne peuvent s'imbiber d'eau et par suite ne peuvent se tuméfier, C'est ainsi que le nègre dont la peau est huileuse ne voit jamais se produire chez lui de Prickly Heat bien qu'il transpire fort abondamment, tandis que l'Anglais dans l'Inde qui prend deux « tubs » par jour est très sujet au Prickly Heat, car il enlève avec l'eau et le savon la graisse qui imprègne son épiderme.

Psoriasis. — U. Mantegazza. Note istologiche sopra alcuni casi di psoriasi. (Giornale italiano delle malattie veneree e della pelle, mars 1893, p. 51.)

Les recherches histologiques faites par l'auteur dans 10 cas de psoriasis peuvent se résumer ainsi :

Épiderme augmenté d'épaisseur, développement exagéré de la couche cornée, allongement des cônes interpapillaires.

Couche cornée formant des lamelles semblables entre elles, adhérentes et superposées au niveau des taches de psoriasis ponctué, plus minces, granuleuses et moins compactes dans le psoriasis nummulaire; les lamelles de cette couche conservent leur noyau qui se colore bien, quoique diminué de volume, devenu ovale et déformé; dans les lésions à marche rapide, petits foyers de petites cellules rondes bien colorées et réunies entre elles dans l'épaisseur de la couche cornée, au voisinage des accumulations de cellules migratices de la couche de Malpighi et de la couche

papillaire. L'auteur pense que ces lésions ne relèvent pas d'une kératinisation incomplète et trop rapide des cellules cornées (Auspitz, Thin), mais de la production exagérée de cellules de la couche muqueuse, qui sont éliminées trop rapidement pour subir une kératinisation normale (Suchard, Leloir, Vidal, etc.).

Stratum lucidum. - Manque parfois ou est peu développé.

Couche granuleuse toujours profondément altérée; les granulations de kératohyaline sont plus petites, plus rares, n'existent plus que dans une seule rangée de cellules, mais par places on en trouve de grosses gouttes irrégulières, le protoplasma de quelques cellules formant un coin à sommet supérieur; dans les points correspondants, les lamelles cornées sont plus denses et ne renferment plus de noyaux.

Couche des cellules épineuses. — Ces cellules conservent au début leurs caractères normaux, puis peu à peu, surtout dans les cas à marche rapide, leur noyau présente une strie plus claire, transparente, brillante, diminue de volume, se déforme, la cellule se transforme en un petit élément d'apparence kystique, à contenu transparent, dans lequel le noyau est à peine reconnaissable (altération cavitaire de Leloir); plus rarement les cellules sont gonflées, leur protoplasma est granuleux (tuméfaction trouble de Virchow). Dans les cas à marche lente, il y a comme une désagrégation moléculaire du noyau et du protoplasma, la cellule diminue de volume, se dessèche en quelque sorte, ses bords deviennent moins distincts et peu à peu elle se réduit à un détritus granuleux qui se confond avec celui des cellules voisines pour former des amas amorphes, entourés d'éléments encore en bon état de nutrition.

Couche des cellules cylindriques. — Ces cellules sont plus ou moins augmentées de nombre, s'accumulent par places en forme de coin; le pigment manque par places et est inégalement distribué.

La migration de leucocytes dans les couches superficielles du derme est variable, tantôt peu considérable, tantôt très intense; en général, leur passage à travers la couche de Malpighi est en rapport avec l'acuité et l'étendue du processus dans l'épiderme et non avec l'intensité de la dilatation vasculaire et de l'infiltration cellulaire dans la couche papillaire et sous-papillaire. La quantité de leucocytes qui existent dans l'épiderme n'est pas proportionnelle au nombre des leucocytes intra-dermiques, mais est due à ce que le passage des cellules dans l'épiderme est plus ou moins facile, suivant les conditions spéciales de l'épiderme lui-même dans les diverses formes de psoriasis; dans l'épiderme, les leucocytes cheminent en suivant les espaces interciliaires et, lorsqu'ils arrivent à la limite de ces espaces, se réunissent en amas plus ou moins considérables et se désorganisent.

Derme. — Infiltration cellulaire surtout autour des vaisseaux de la couche papillaire et sous-papillaire. Les lésions dermiques prédominent sur les lésions épidermiques, dans certains cas où interviennent quelques troubles intercurrents de la circulation ou de la nutrition des parois vasculaires (siège aux membres inférieurs, syphilis récente, etc.).

Les cellules en mitose sont incomparablement plus nombreuses dans l'épiderme que dans le derme où elles sont souvent très rares.

Le tissu élastique est beaucoup plus développé qu'à l'état normal.

L'auteur conclut de ces recherches que les lésions du psoriasis sont dues à un trouble de la nutrition de la peau : ainsi s'expliquent l'augmentation de nombre des cellules épidermiques leur dégénérescence cavitaire et leur tuméfaction trouble, etc. Ce trouble nutritif atteint de préférence l'épiderme. Il rejette l'idée d'une affection parasitaire, en se basant sur la constance d'aspect des lésions, sur l'absence de polymorphisme, leur disposition symétrique, leur forme rarement figurée, leur longue persistance en certaines régions de prédilection.

Il rejette également l'influence des agents physiques externes et penche plutôt vers l'intervention du système nerveux périphérique, en se basant sur les arguments mis en avant par Polotebnoff et Bourdillon : les recherches sur les terminaisons nerveuses cutanées qu'il a entreprises ne lui ont donné aucun résultat.

Georges Thibierge..

Psoriasis. — Henry G. Piffard. A contribution to the histology of psoriasis. (Journal of cutaneous and genito-urinary diseases, avril, 1893, p. 132.)

Ce mémoire est le compte rendu détaillé de l'examen microscopique d'un lambeau de peau du bras d'un sujet atteint depuis 15 ans d'un psoriasis invétéré qui lui avait recouvert les neuf dixièmes des téguments. A un faible grossissement on voyait que le derme était fort épaissi grâce à un accroissement de nombre et de volume des faisceaux de tissu conjonctif, et à un développement inusité de tissu musculaire lisse; le corps muqueux était fort épaissi, et le stratum granulosum fort développé. A un fort grossissement on pouvait se convaincre que les glandes sébacées et sudoripares étaient parfaitement normales.

Les cellules du corps de Malpighi semblaient être pour la plupart normales, quelques-unes d'entre elles avaient un nucléole rétracté et présentaient par suite un aspect vacuoliforme (vacuoloïd). Il n'y avait pas vestige de mitose ou d'autres processus morbides actifs. Le stratum granulosum énormément développé présentait par places trois, quatre et même cinq rangs de cellules.

Au-dessus du stratum granulosum se voyait une couche épaisse de cellules semi-transparentes et vaguement nucléées occupant la place du stratum corneum et donnant tout à fait l'idée de l'existence de ce stratum modifié par le processus morbide: rien n'est moins certain toutefois; l'auteur après mûr examen laisse planer un doute à cet égard. A la suite d'une assez longue discussion il croit pouvoir conclure que le stratum granulosum est le véritable siège du processus morbide.

L. B.

Psorospermose folliculaire. — Schweninger et Buzzi. Deux cas de dermatose de Darier. (Atlas international des maladies rares de la peau, 1892, II.)

Les auteurs rapportent 2 observations de psorospermose folliculaire végétante, avec examen microscopique; ils ne croient pas que les figures de coccidies soient des parasites, mais en font des altérations épithéliales. La même livraison de l'Atlas renferme 2 observations, déjà publiées, de cette maladie, observations recueillies par M. Darier et accompagnées de planches chromolithographiques.

GEORGES THIBIERGE.

Teigne: Traitement. — G. Massazza. A proposito del nuovo metodo Peroni per la cura della tigna. (Giornale italiano delle mallattie veneree e della pelle, mars 1893, p. 112.)

L'auteur a traité à la clinique de Scarenzio 3 cas de favus par la méthode de Peroni (voir *Annales de dermatologie*, 1891, p. 797) pendant un temps variant de 2 mois 1/2 à 4 mois 1/2. Les résultats n'ont pas été en rapport avec la longue durée du traitement, que Massazza a abandonné depuis lors.

GEORGES THIBIERGE.

Trichophyties. — R. Sabouraud. Étude des trichophyties à dermite profonde, spécialement de la folliculite agminée chez l'homme et de son origine animale. (Annales de l'Institut Pasteur, juin 1893, p. 497.)

M. Sabouraud résume dans ce mémoire quelques points déjà abordés dans ses recherches antérieures (voir *Annales de dermatologie*, 1892, p. 1061; 1893, p. 116, 561, 814) et étudie plus spécialement les affections produites chez l'homme par le trichophyton mégalosporon du cheval.

Quel que soit leur siège, ces affections sont caractérisées par : 1º une lésion élémentaire occupant le follicule pileux (folliculite et périfolliculite); 2º un processus très évidemment inflammatoire allant jusqu'à la suppuration des tissus envahis; 3º une agmination en gâteau de forme ronde nettement circonscrit; 4º une saillie considérable, résultant de l'infiltration profonde du derme. Elles peuvent occuper soit les parties glabres (périfolliculite agminée trichophytique), où leur guérison demande de 3 à 6 semaines, soit le cuir chevelu (Kerion Celsi) où elles disparaissent en 2 mois environ, soit la barbe (sycosis) où elles durent ordinairement 3 mois au moins; elles se terminent, au cuir chevelu et à la barbe, par une alopécie partielle mais permanente.

Pour M. Sabouraud la folliculite agminée des parties glabres, telle qu'elle a été décrite par M. Leloir et par M. Pallier, rentre dans la trichophytie; mais il est rare qu'on trouve à l'examen microscopique de nombreux filaments mycéliens, à moins que les produits de raclage examinés ne renferment un poil malade, ce qui est loin d'être la règle. La culture au contraire est toujours probante et si M. Leloir n'a pu cultiver le trichophyton, c'est parce que, dans les milieux liquides dont il s'est servi, le trichophyton est

tué par les staphylocoques semés en même temps que lui.

L'origine équine de la maladie peut être présumée lorsqu'on tient compte de la profession des malades, tous exposés au contact des chevaux et ayant presque tous approché des chevaux qu'ils savaient malades. M. Sabouraud a pu avoir dans un cas la démonstration, en examinant le cheval soigné par son malade: l'animal portait à l'angle inférieur et à la partie externe du naseau un placard de 6 centimètres, à peu près circiné, d'aspect général furonculeux, recouvert d'une croûte adhérente engainant les poils et les

is

fo

agglutinant à leur base; par places, les lésions pustuleuses paraissaient isolées et étaient grossièrement analogues à des boutons de vaccine en régression, en outre les pustules recouvraient un infundibulum assez profond et taillé comme à l'emporte-pièce; cette lésion, d'évolution assez rapide et d'aspect très analogue aux périfolliculites agminées de l'homme, renfermait le parasite constaté dans la lésion humaine.

M. Sabouraud décrit ensuite les caractères microscopiques de cette forme de trichophytie : dans les cas avancés, absence de parasite dans le poil qui est mort et détaché de sa base, tandis qu'on le trouve dans les poils follets cassés de la périphérie du placard, constatation du parasite dans les vésico-pustules non encore ouvertes; lorsque les lésions sont peu avancées, le parasite végète surtout le long du poil et hors de lui, le trichophyton pyogène étant le seul trichophyton à grosses spores qui végète hors du poil, dans sa gaine; les spores sont très volumineuses, plus volumineuses que dans les autres trichophyties à grosses spores, la plupart ont 10 à 11 μ, certaines ont de 15 à 18 μ; la présence de ces spores géantes est un élément de diagnostic important.

Le pus ne renferme qu'une quantité très minime de spores, mais on y trouve de nombreux débris mycéliens très grêles et très courts.

La culture peut se faire au moyen soit de fragments de racines de poils malades, soit du pus d'une vésico-pustule non ouverte, soit du sang obtenu par scarification, cet ensemencement réussissant alors même que les lésions sont en régression et semblent presque guéries.

Les caractères de ces cultures se trouvent résumés dans les mémoires antérieurs de l'auteur.

Ces cultures peuvent reproduire la maladie sur l'homme et sur le cobaye, chez lequel elle offre uniquement le caractère exfoliant et dépilant.

Le parasite jouit manifestement, cependant, de propriétés pyogènes, car les pustules fournissent des cultures pures de trichophyton sans aucune colonie de bactérie pyogène quelconque. En outre, les cultures sur milieux fortement peptonisés produisent, après filtration, des suppurations amicrobiennes chez le cobaye.

M. Sabouraud donne du parasite une description botanique dans le détail de laquelle nous ne pouvons entrer. Il émet, à propos de cette variété de trichophyton, l'hypothèse de l'origine saprophytique, qu'il a déjà soulevée précédemment à propos de la trichophytie en général.

Georges Thibierge.

#### REVUE DE VÉNÉRÉOLOGIE

Blennorrhagie: albuminurie. — F. Balzer et Jacquinet. Manifestations rénales de l'infection blennorrhagique. (Semaine médicale, nº 52, 1893, p. 411.)

M. Balzer (1) dans des publications antérieures a déjà étudié l'albuminurie liée à la blennorrhagie; il revient aujourd'hui sur cette question à

(1) Annal. dermat., fév. 1891, Sem. méd., 1891, p. 145.

laquelle il consacre un travail d'ensemble basé sur les nombreux cas qu'il a observés. Dans la seule année de 1892 il a, en effet, noté 131 cas d'albuminurie sur 777 malades atteints de blennorrhagie qui ont séjourné dans son service. La fréquence de l'albuminurie dans les phases aiguës de la blennorrhagie mérite donc de fixer l'attention; cette fréquence est manifeste dans les cas compliqués d'orchite et de cystite. Dans une de ses statistiques portant sur 424 malades, M. Balzer a rencontré 99 fois l'albuminurie, de ces 99 cas, 73 étaient relatifs à des malades atteints d'orchite. L'action de l'orchite double est encore plus manifeste : sur 13 cas d'orchite double, il y a 9 fois de l'albuminurie. La cystite vient après l'orchite comme cause prédisposante. L'association de ces deux complications est assez fréquente, et il est parfois difficile de faire la part, dans ces cas, de ce qui revient à l'orchite ou à la cystite dans la genèse de cette albuminurie. Dans la blennorrhagie simple, non compliquée, l'albuminurie par infection générale est moins fréquente : sur les 99 cas d'albuminurie de la statistique de M. Balzer, 21 seulement appartiennent à des cas de blennorrhagie simple.

Deux modes pathogéniques distincts correspondent à cette étiologie : la néphrite est ascendante ou consécutive à une infection générale blennorrhagique. Dans la première forme, la blennorrhagie envahit les voies urinaires, se propage par contiguïté et provoque l'uréthro-cysto-pyélonéphrite. On peut souvent dans ces cas invoquer le mécanisme d'une infection secondaire, car il est bien difficile d'admettre une affection ascendante purement gonococcique. Dans la seconde forme, albuminurie par infection générale, le rein n'est touché que par l'intermédiaire de la circulation. On a accusé les balsamiques de provoquer la néphrite ; celle-ci peut sans doute se développer sous cette influence, mais elle est très rare; d'ailleurs M. Balzer fait remarquer que jamais il n'a vu chez un seul de ses malades d'aggravation de l'albuminurie par la médication balsamique. On ne connaît pas l'agent pathogène de l'altération rénale : il est possible qu'il s'agisse du coli-bacille, mais cela n'est pas certain. Le gonocoque peut aussi sécréter des toxines, lesquelles entraînées par la circulation générale, seraient éliminées par le rein et produiraient la néphrite.

La symptomatologie diffère suivant que l'albuminurie est produite par infection locale ascendante ou par infection générale. Dans le premier cas, la néphrite débute généralement au cours d'une cystite douloureuse; la douleur spontanée de la région rénale peut exister d'un seul côté ou des deux; elle peut manquer et il faut alors la rechercher : l'état général est plus ou moins grave, mais les signes d'embarras gastrique sont constants, l'examen des urines fait constater l'albuminurie et les sédiments urinaires. La quantité d'albumine est variable ; dans le pus on trouve des microorganismes de nature différente. Ce sont d'abord des gonocoques qui proviennent de l'urèthre et de la vessie ; mais le coli-bacille et le streptocoque sont les microbes pathogènes de cette affection. D'après Albarran, dans 25 cas le coli-bacile existait seul 16 fois, dans 2 cas seulement le streptocoque était seul et 7 autres fois on avait affaire à une infection mixte due au coli-bacille associé au streptocoque, à divers micro-organismes ou à des bacilles.

to

c

e

La néphrite par infection générale peut présenter deux types distincts, selon qu'il y a de la néphropyélite, ou bien selon qu'il n'y a ni pyélite ni suppuration. M. Balzer n'a jamais eu l'occasion de rencontrer la première variété à l'hôpital du Midi ; quant à la seconde, la forme non suppurative, c'est celle qu'il observe fréquemment; elle présente plusieurs degrés. C'est tout d'abord une forme légère qui reste ordinairement latente et qui passerait inaperçue si l'on ne pratiquait l'examen de l'urine. M. Balzer a rencontré un grand nombre de ces faits surtout au cours de l'orchite. La présence de l'albumine dans l'urine dure quelques jours ; le repos au lit la fait disparaître. Dans une forme plus grave, on constate les signes d'un embarras gastrique plus ou moins intense, de la fièvre, de la courbature lombaire; l'albuminurie est abondante; elle peut s'élever jusqu'à 2 et 3 grammes par litre. Ordinairement, il n'y a pas d'ædèmes. Cette forme peut durer de deux semaines à un mois, au bout de ce temps tous les signes disparaissent. La forme la plus grande de la néphrite par infection générale sans pyélite est celle qui s'accompagne d'œdèmes multiples ou même d'anasarque. Le tableau du début est celui de la néphrite parenchymateuse aiguë avec diminution de la quantité des urines ; il peut y avoir 7 à 10 gr. d'albumine par litre. La durée est indéterminée. Dans un des quatre cas de ce genre qu'il a observés, M. Balzer a constaté une guérison apparente au bout de trois mois; les autres malades plus ou moins améliorés ont été perdus de vue avant ce terme. C'est dans ces cas que le régime lacté doit être placé au-dessus de toutes les autres médications ; les balsamiques sont suspendus. Quand il s'agit de pyélo-néphrite blennorrhagique, il faut presque toujours aussi avoir recours au régime lacté, mitigé dans les cas bénins, absolu dans les cas intenses; de plus, le traitement local sera celui de la blennorrhagie et de la cystite (lavages, instillations argentiques, etc.).

Blennorrhagie: Péritonite. — Challan de Belval. Péritonite aiguë généralisée d'origine blennorrhagique. (Journ. de méd. et de chir. pratiques, p. 456, 1893.)

Le fait que rapporte l'auteur de ce travail est un cas de péritonite aiguë, survenue subitement chez un malade qui venait d'avoir une blennorrhagie et dont l'écoulement avait disparu.

Pendant le cours de cette blennorrhagie, le malade n'avait éprouvé aucune complication, ni rénale, ni vésicale, ni même testiculaire, aucune inflammation des lymphatiques, aucune propagation aux ganglions inguinaux. Entré à l'hôpital militaire le 12 mai, le malade sort guéri le 5 juin; à peine sorti depuis une heure, apparaît subitement une douleur atroce dans la fosse iliaque droite, bientôt suivie de nausées, de vomissements, de constipation invincible, de dépression rapide du pouls et des forces, etc.

Le malade est le jour même de sa sortie réintégré à l'hôpital; il présente tous les signes d'une péritonite aiguë; les symptômes s'accentuant les jours suivants, laparotomie le 8 juin; adhérences intestinales et collection purulente infecte dans le bassin. Autopsie le 9 juin; elle montre une intégrité absolue de tous les organes splanchniques, cœur et poumons com-

pris ; lésions de péritonite purulente exsudative ; l'intestin grêle pas plus que le gros intestin examiné dans toute sa longueur ne présentait le moindre indice de perforation, d'ulcération ou d'entérite aiguë ou chronique; foie, rate, pancréas sains, reins congestionnés légèrement ; le pus ne contenait pas de gonocoques. Tels sont les faits. Sont-ils suffisants pour autoriser le diagnostic de péritonite d'origine blennorrhagique?

L. PERRIN

le i

con

De

pou

der I me

vei

ser

tri

æd

1

cri

la

du

pé

ex

co

U

I

M. DE ZEISSL. — Péritonite causée chez l'homme par l'uréthrite blennorrhagique. (Annales des maladies des organes génito-urinaires, juillet 1893, p. 481.)

De nombreux travaux parus dans ces dernières années ont établi que l'uréthrite blennorrhagique pouvait avoir des suites graves pour le sexe féminin et que chez la femme, cette maladie se communiquait assez souvent au péritoine. L'homme n'est pas exempt de cette complication; M. de Zeissl a rassemblé dans ce travail tous les cas qu'il a trouvés relatés dans la littérature médicale de péritonite causée chez l'homme par la blennorrhagie; il a eu l'occasion d'en observer trois qu'il fait connaître.

Dans les trois cas qu'il rapporte, le sperme des malades qui était émis avec des pollutions contenait du sang, et la péritonite était consécutive à une épididymite. Par quelle voie et dans quelles circonstances peut se développer cette complication? Une opinion défendue par les auteurs français est que la péritonite se propage des vésicules séminales enflammées au péritoine : dans les cas de Péters et de Guyon qui furent suivis d'autopsie, ainsi que dans le fait de Horowitz, on trouva des symptômes d'inflammation des vésicules séminales. M. de Zeissl rappelle que dans les cas mentionnés par lui, les pollutions mèlées de sang indiquaient aussi la part que prennent les vésicules séminales dans le processus de l'inflammation, parce qu'on n'observe pas toujours dans l'inflammation de l'épididyme et du canal déférent des pollutions de ce genre.

Les vaisseaux lymphatiques pourraient fournir une seconde voie. Peutêtre que la glande lymphatique dans laquelle se termine le vaisseau lymphatique du canal déférent s'enflamme d'abord et à la suite de cette adénite l'inflammation gagne le péritoine qui la recouvre.

Enfin la troisième voie a été déjà indiquée par Hunter, pour lequel l'inflammation du cordon spermatique s'étend au péritoine.

D'après les expériences faites jusqu'à présent, on ne peut pas encore dire si les gonocoques de Neisser jouent un rôle dans le développement de l'uréthro-péritonite. M. de Zeissl n'a jamais eu l'occasion d'observer à la suite d'épididymite des phlegmons du bassin.

L. PERRIN.

MERMET. — Pelvi-péritonite blennorrhagique chez l'homme consécutive à une orchi-épididymite. (Gazette médicale de Paris, 5 août 1893.)

Il s'agit dans cette observation d'un homme de 33 ans entré, le 4 mars dernier, à l'hôpital du Midi dans le service de M. Balzer, pour une orchi-

épididymite droite datant de quatre jours, et survenue dix-huit jours après le début d'une première blennorrhagie. En même temps que l'orchite, le malade présente un état général assez mauvais : langue sale, anorexie complète, soif vive, constipation opiniâtre, légère albuminerie, 37°,5 le soir. Deux jours après l'entrée, le 6 mars, il y a des vomissements; le 7, le pouls fréquent, la température 39° le matin, 40° le soir; les douleurs tendent à envahir tout l'abdomen.

Le 8, les symptômes locaux et généraux sont graves : les vomissements sont devenus porracés, les douleurs sont généralisées dans tout le ventre; température 39°,4 matin, 40° soir, pouls 120; facies péritonéal; sensation d'une résistance pâteuse dans la fosse iliaque droite hypogastrique. Le cordon volumineux a la grosseur de l'index, surface lisse; ædème considérable des tuniques scrotales.

Le 14 mars, la détente s'opère et, du 15 au 17, le malade est guéri de la crise péritonéale.

Diagnostic : péritonite par propagation du canal déférent au péritoine ; la péritonite siégeait sur tout le trajet du canal déférent depuis sa sortie du canal inguinal jusqu'aux vésicules séminales ; c'était en un mot une déférentite blennorrhagique accompagnée de péri-déférentite et de pelvipéritonite. Il ne s'agissait que d'une péritonite plastique, inflammatoire, exsudative, qui peut suppurer, et dans le pus on doit y trouver le gonocoque de Neisser.

L. Perrin.

Uréthrite chronique. — Bransford Lewis. The rôle of the posterior urethra in chronic urethritis. (Medical Record, 29 juillet 1893, p. 132.)

L'auteur ne croit pas que les diverses explications qui ont été données pour les écoulements chroniques, telles que la présence des gonocoques, les rétrécissements, l'emploi de médicaments nuisibles, etc., soient satisfaisantes, et conduisent à de bonnes méthodes thérapeutiques. Il pense qu'il faut presque toujours conclure dans ces cas à une uréthrite postérieure, et par suite il faut tâcher de porter directement des topiques en ce point. (Comme on le voit, ce travail n'est que la confirmation d'une grande quantité de mémoires déjà parus.)

Blennorrhagie: traitement. — James Porter Fiske. The value of early urethral injections in the treatment of acute gonorrhæa. (Medical Record, 26 août 1893, p. 263.)

L'auteur préconise les lavages intra-uréthraux fréquents, toutes les deux heures ou toutes les trois heures, avec des solutions salines faibles à la dose de un demi p. 100 environ et à la température de 30° à 32° C. dans les cas de blennorrhagie aiguë fort intense, pour calmer les phénomènes inflammatoires et prévenir les complications.

L. B.

Vulvo-vaginite des petites filles. — Henry Koplik. Urogenital Blennorrhee in Children. Vulvo-vaginitis in girls. Urethritis in boys. (Journal of cutaneous and genito-urinary diseases, juin-juillet 1893.)

La question des écoulements de l'urèthre et de la vulve des enfants en bas âge est depuis quelque temps déjà à l'ordre du jour. L'auteur a voulu essayer dans cet article d'apporter quelque clarté nouvelle dans ce sujet si difficile. Pendant ces six dernières années, il a vu plus de deux cents cas de blennorrhées chez les enfants, et il les a étudiées méthodiquement. Il rappelle tout d'abord les recherches d'Epstein qui a démontré que chez le nouveau-né il y a un écoulement normal provenant du vagin et renfermant des cellules épithéliales et des micro-organismes. Or, en examinant avec soin les enfants, le Dr Koplik a vu qu'il fallait établir plusieurs groupes de faits:

1º Chez les petites filles il est possible d'observer de la douleur en urinant, de la rougeur, du gonflement, de la sensibilité de l'entrée du vagin, parfois même des sortes d'érosions vers l'hymen et l'orifice de l'urèthre, enfin un léger suintement séreux. Ce n'est là qu'une inflammation simple, due presque toujours à la malpropreté, à des soins antihygiéniques, et qui disparaît dès que l'on prend quelques précautions de propreté.

2º Un deuxième groupe de faits comprend ce que l'on pourrait appeler le catarrhe simple de l'urèthre et du vagin. Ils sont assez fréquents et simulent tout à fait la vraie blennorrhagie. L'orifice uréthral est tuméfié et enslammé, il en est de même de l'hymen qui est fort sensible au toucher. L'écoulement est jaune, grisâtre, aqueux, ou bien épais, visqueux et laiteux; il a de la tendance à sécher sur les grandes lèvres, et l'ensemble de la lésion semble indiquer une maladie d'une certaine importance. L'examen histologique de la sécrétion montre bien qu'il ne s'agit pas d'une blennorrhagie. On y trouve de l'épithélium desquamé, des leucocytes, des bactéries. des cocci et des diplococci qui siègent soit dans les leucocytes, soit sur les cellules épithéliales, mais il n'y a pas les mêmes aspects bactériologiques que dans la vraie blennorrhagie. D'ailleurs cette affection est fort longue, presque aussi rebelle au traitement que la vraie blennorrhagie. L'auteur a pu examiner dans ces cas l'intérieur du vagin avec un uréthroscope : il a vu que les plis de la muqueuse vaginale contenaient une sécrétion purulente, mais qu'ils ne présentaient pas d'érosions : le col de l'utérus était plus rouge vif que le vagin, et il sortait de l'orifice une goutte de pus, ce qui prouve que la muqueuse du col est elle-même le siège de la maladie dans beaucoup de cas ; cette particularité fait comprendre combien la guérison doit être difficile. D'ailleurs cette affection est contagieuse; l'auteur l'a observée chez deux petites filles qui couchaient ensemble, et chez lesquelles des examens répétés ne permirent pas de conclure à l'existence d'une blennorrhagie. Cette variété d'écoulement peut durer des mois ; elle peut cesser en apparence, puis recommencer avec plus ou moins d'intensité.

3º Un troisième groupe de faits comprend les blennorrhagies vraies. Dans ces cas il est fort difficile de savoir comment la contagion a eu lieu; on apporte les enfants au médecin pour un écoulement et l'on ne donne pas

d's

on

rei

mi

ve

pu

ér

ai

fo

te

N

és

m

de

le

le

le

di

d

to

P

b

c

ti

h

d'autres renseignements. L'examen fait voir un écoulement épais, jaunâtre ou jaune verdâtre, qui se concrète sur les grandes lèvres, et les fait adhérer ensemble. Parfois les enfants urinent souvent et souffrent pendant la miction. D'ordinaire il n'y a pas de bubons, mais dans beaucoup de cas les ganglions inguinaux sont un peu volumineux. L'orifice uréthral est rouge, tuméfié, et est baigné d'un écoulement purulent, l'hymen est gonflé et couvert de pus : il peut y avoir des érosions. Lorsque la malade crie ou lorsqu'on exerce une pression sur le périnée, il sort du vagin une goutte de pus. La muqueuse vopeui& est fort enflammée, et elle présente parfois des érosions qui saignent facilement. Le col utérin est rouge, baigné de pus, et dans son orifice se voit une goutte de pus. L'auteur l'a toujours trouvé ainsi dans tous les cas qu'il a pu examiner.

Le pus, qu'il soit pris dans l'urèthre ou dans le vagin, renferme une grande quantité de leucocytes remplis de diplococci analogues comme forme, grandeur, mode de groupement, réactions colorantes, aux diplococci de la blennorrhagie typique de l'adulte. Dans plusieurs de ces cas, l'auteur a observé du rhumatisme et des conjonctivites blennorrhagiques.

Étiologie. — Le Dr Koplik commence par rappeler les recherches de Neisser, celles de ses élèves : il estime qu'ils ont répondu victorieusement à leurs contradicteurs. Steinschneider a trouvé, après Lutsgarten et Manneberg, cinq variétés de diplococci dans l'urèthre normal. Il a trouvé également ces pseudo-gonococci dans la gonorrhée aiguë ou chronique, mais il a pu démontrer que le procédé de Roux permet presque toujours de les distinguer du vrai gonococcus. Lutsgarten et Manneberg ont trouvé leurs diplococci normaux sur les cellules épithéliales et non dans les leucocytes. L'auteur les a trouvés aussi sur les cellules épithéliales dans les écoulements vaginaux provenant des deux cas de catarrhe urogénital simple non blennorrhagique chez des petites filles, et il aurait été fort difficile de les confondre avec des gonococci. D'autre part, dans le pus de certains autres écoulements infantiles on trouve des quantités de gonococci absolument semblables aux gonococci des blennorrhagies adultes, et ce fait a déjà été confirmé par de fort nombreux observateurs.

L'auteur a fait des recherches sur les microbes des organes génitaux des enfants, à l'état sain et à l'état de maladie. Dans le vagin normal de la petite fille existe un diplococcus qui ressemble tout à fait au pseudo-gonococcus de Lutsgarten. Il fructifie sur le sérum en une couche blanchâtre formant de petites colonies; sur l'agar il forme une couche blanchâtre, et par piqure dans le tube de gélatine il ne donne qu'une culture blanche n'ayant rien de caractéristique; sur gélatine il donne des colonies petites, arrondies, granuleuses, de couleur olivâtre par lumière transmise et de couleur jaunâtre par lumière réfléchie; quelques-unes sont superficielles, d'un jaune d'or par lumière transmise, blanchâtres par lumière réfléchie.

Dans les catarrhes vaginaux des enfants existe un diplococcus que l'auteur a pu trouver seul et en cultures presque pures dans deux cas de vulvovaginite non blennorrhagique, quoique infectieuse. Ce diplococcus ne se décolore pas par la méthode de Gram, et est à peu près des mêmes dimensions que le gonococcus. Sur gélatine il forme des colonies superficielles

n

u

S

e

-

ń

e

n

;,

a

a

e

e

blanchâtres à la lumière réfléchie; par inoculation ponctuée dans les tubes, il produit une culture blanchâtre qui au bout de quelque temps liquéfie lentement la gélatine: sur les plaques d'agar, les colonies n'ont rien de caractéristique: elles sont ovalaires, profondes ou superficielles, arrondies, et ont de la tendance à s'étendre. Il trouble le bouillon au bout de 24 heures, et au bout de quelques jours détermine à la surface la formation d'une pellicule. Sur la pomme de terre, il forme une couche luxuriante d'un blanc crémeux, surélevée, sans grande tendance à s'étendre. Comme le précédent, c'est un diplococcus blanc.

L'auteur a de plus isolé dans la vulvo-vaginite blennorrhagique des petites filles deux autres diplococci. Le premier est blanc et forme sur la pomme de terre une couche crémeuse presque identique à celle du précédent; sur l'agar il forme une couche blanchâtre perlée : il forme sur la gélatine des colonies blanches non caractéristiques, et il la liquéfie fort lentement. Le deuxième diplococcus est jaune, et il fructifie sur l'agar en colonies surélevées avec bords ondulés, d'abord blanches, puis prenant une teinte jaune. N'ayant pas les milieux convenables, l'auteur n'a pu isoler et cultiver à l'état de pureté le gonococcus de Neisser provenant des enfants qu'il a eus à examiner.

Les diplococci isolés par l'auteur, peuvent être confondus comme aspect avec le gonococcus, mais ils n'ont pas les localisations du gonococcus. On les trouve par groupes de deux ou quatre au plus en compagnie de bacilles, de micrococci ou de streptococci dans les leucocytes. Le procédé qu'il emploie pour les colorer consiste à les imprégner fortement de violet de gentiane dans une solution d'aniline, puis de décolorer à l'alcool. On répand le pus en couches fort minces sur un couvre-objet, on le chauffe peu de temps au-dessous de 100°. Quand c'est complètement sec, on colore d'abord avec une solution aqueuse diluée d'éosine cristallisée, on lave et on porte dans la solution alcaline de bleu de méthyle de Lœffler diluée d'eau.

Les dimensions du gonococcus vrai sont de  $0.8~\mu$  à  $1.6~\mu$  comme grand diamètre, et de  $0.6~\mu$  à  $0.8~\mu$  comme petit diamètre. Les pseudo-gonococci trouvés dans le vagin normal de l'enfant mesurent de  $0.8~\mu$  à  $1.24~\mu$  comme grand axe, et  $0.8~\mu$  comme petit axe. Le pseudo-gonococcus trouvé par l'auteur dans les catarrhes vaginaux simples ont de  $0.9~\mu$  à  $1.28~\mu$  comme grand axe, et environ  $0.9~\mu$  comme petit axe.

Les pseudo-gonococci qu'il a trouvés dans les blennorhagies des jeunes enfants ont de 0,9  $\mu$  à 1,24  $\mu$  comme grand diamère, et 0,9  $\mu$  comme petit diamètre.

Chez les petits garçons, l'auteur a observé une uréthrite simple non spécifique siégeant vers le méat et caractérisée par des érosions vers l'orifice. L'enfant souffre en urinant : il n'y a d'intéressé que le méat luimème : parfois, quand on presse sur le gland, on fait sourdre une goutte de pus. Jamais l'auteur n'a pu trouver dans cette sécrétion autre chose que ce qui existe dans les catarrhes ordinaires.

L'auteur a assez souvent observé l'uréthrite blennorrhagique vraie chez les garçons; les symptômes sont d'ordinaire ceux de l'uréthrite blennorrhagique bénigne de l'adulte et presque jamais on n'observe de complications. Mode d'infection. — La plupart des auteurs pensent que les enfants atteints d'écoulements vraiment blennorrhagiques ont été contaminés par des linges ou des objets de toilette ayant servi à leurs parents atteints de cette affection. Cette étiologie est exacte, mais elle ne l'est pas toujours. Dans presque tous les cas personnels à l'auteur il n'a pu, quelque soin qu'il y ait apporté, rencontrer jusqu'à l'origine du mal. Il pense que beaucoup de ces blennorrhagies ont été transmises par contact sexuel soit accidentel, soit volontaire. Dans la basse classe, il est fréquent de voir les enfants coucher soit avec leurs pères, soit avec leurs mères, qui sont contagionnés; il est également relativement fréquent de voir des petits garçons âgés de plus de 5 ans avoir des relations incomplètes avec des petites filles et leur transmettre ainsi la maladie, ou bien être eux-mêmes contagionnés.

La vulvo-vaginite simple des petites filles est beaucoup plus fréquente que l'uréthrite simple des petits garçons. L'auteur pense cependant que c'est là également une entité morbide bien spéciale et contagieuse. Il pense que la conformation spéciale de la femme rend chez elle cette ma-

ladie plus facilement transmissible que chez l'homme.

Comme nous l'avons déjà signalé plus haut, dans la plupart des cas observés par l'auteur, l'urèthre, l'hymen, le vagin et l'utérus étaient envahis par le processus morbide; c'est la règle surtout quand il s'agit de blennorrhagie. Dans des écoulements non blennorrhagiques, l'auteur a pu prouver que le vagin pouvait être envahi sans que l'utérus le fût. En somme, il croit que le canal utéro-vaginal a dans tous ces cas une importance au moins égale à celle du canal uréthral.

L'auteur a pu retrouver le gonococcus chez des petites filles au bout de six mois : dans ces cas ils sont fort peu nombreux et doivent être recherchés avec beaucoup de persévérance. Il arrive aussi parfois qu'on observe une reprise de l'écoulement chez des enfants que l'on avait cru guéris. Dans ces cas presque toujours il s'agit encore d'un écoulement blennorrhagique; le gonococcus est resté un certain temps à l'état latent dans

quelque repli de la muqueuse, puis il a repris toute son activité.

Voici quel est le traitement que l'auteur a adopté. Après avoir fait un nettoyage soigneux avec une solution de sublimé au 5,000°, on introduit un spéculum uréthral de Tuttle dans le vagin qu'on lave soigneusement avec la même solution. On sèche ensuite toutes les parties malades; on touche tout le vagin y compris le col de l'utérus avec du coton imbibé d'une solution de nitrate d'argent au 10°, après quoi on refait une irrigation avec la solution de sublimé et l'on retire le spéculum. Ce premier pansement peut quelquefois faire saigner à cause des érosions vaginales: mais cette complication cesse bientôt. On fait ce pansement d'abord une fois par jour, puis tous les deux jours seulement.

L'auteur ne soigne pas directement l'urèthre des petites filles: il croit que toutes les manœuvres directes sont trop douloureuses et trop difficiles.

ie

n

at

9.

a

a

rt

n

r

S

#### REVUE DE SYPHILIGRAPHIE

Syphilis du système nerveux. — P. Marie. De la syphilis médulaire (principalement au point de vue clinique). (Semaine médicale, nº 5, 1893.)

Si on prend en bloc la syphilis médullaire, en comprenant sous ce nom le tabes et les altérations qui surviennent dans la moelle au cours de la paralysie générale, on peut la considérer comme étant d'une extrême fréquence. Si, au contraire, on étudie séparément le tabes et la paralysie générale, le pourcentage baisse d'une façon notable. Enfin, si on considère d'une part les cas dans lesquels la syphilis porte conjointement son action sur la moelle et sur le cerveau et ceux dans lesquels elle n'atteint que la moelle, on constate que ceux-ci sont de beaucoup les moins fréquents.

Les manifestations de la syphilis sur l'axe spinal présentent des aspects multiples; de plus, dans un grand nombre de cas le cerveau ou les méninges crâniennes sont le siège de lésions analogues à celle de la moelle et des méninges rachidiennes; M. Fournier dans sa statistique compte 77 cas de syphilis médullaire pure contre 416 cas de syphilis cérébro-spinale.

La myélite syphilitique peut être aiguë, mais les formes chroniques sont les plus fréquentes. Les formes aiguës appartiennent à la syphilis médullaire précoce, l'aspect est plus ou moins analogue à celui des myélites transverses ou des méningo-myélites de causes diverses; elles peuvent évoluer sous l'aspect de la paralysie ascendante aiguë de Landry. D'après les idées qui ont cours, celle-ci aurait une origine périphérique; dans la syphilis les névrites périphériques peuvent être très prononcées, on peut se demander quel est au juste le rôle de la moelle dans cette forme de paralysie ascendante aiguë.

Dans les myélites chroniques, la symptomatologie est vague, complexe, ce qui tient aussi à la nature même des lésions qui même quand elles semblent affecter une localisation étroite, n'en proviennent pas moins d'un processus essentiellement diffus. Elle n'est pourtant pas toujours aussi indécise, ainsi quelquefois on voit se produire la réunion des phénomènes qui caractérisent le syndrome de Brown-Séquard, lequel consiste en ce que l'un des membres inférieurs est paralysé tandis que celui du côté opposé présente une anesthésie plus ou moins prononcée. On doit considérer cette forme moins comme une curiosité que comme le prototype de la tendance à l'asymétrie que présentent un grand nombre des cas de syphilis médullaire.

Une autre forme qui montre bien la différence des lésions et des symptômes est celle indiquée par M. Marie sous le nom de sclérose multiloculaire diffuse qui présente des analogies avec la sclérose en plaque proprement dite, mais qui s'en distingue par l'absence ordinaire du tremblement à l'occasion des mouvements volontaires, la rareté du nystagmus et du caractère scandé de la parole.

Sous le nom de myélite transverse syphilitique (Charcot), sous celui de

paralysie spinale syphilitique (Erb) on doit décrire un type de syphilis médullaire chronique, qui, par la fréquence des cas où on la constate, par la fixité des symptômes qu'elle présente, mérite d'être considéré comme une véritable entité clinique. M. Marie la considère comme fréquente, on doit y penser quand on se trouve en présence d'un malade au-dessus de 25 ans, présentant pour tout symptôme une paralysie spasmodique.

Elle ressemble aux myélites transverses vulgaires, mais dans celles-ci la paraplégie est plus prononcée, elle est plus durable, l'impotence des membres inférieurs y est plus grande, les troubles sensitifs plus intenses et présentent des limites mieux tranchées, enfin les raideurs s'y montrent plus accentuées. La paralysie spinale de Erb a une tendance évidente à l'amélioration surtout après des cures spécifiques très énergiques; mais le plus souvent, d'après M. Marie, la maladie s'arrête et l'état demeure à peu près stationnaire avec une légère nuance d'amélioration. En l'absence d'autopsies bien faites, l'anatomie pathologique de cette forme de myélite syphilitique est encore indécise : à priori Erb pense qu'il s'agit d'une lésion transverse incomplète de la moelle dans la région dorso-lombaire. Cette lésion serait symétrique et localisée dans la moitié postérieure des cordons latéraux, gagnant de là les cornes postérieures et enfin aussi un peu les cordons postérieurs. Il est impossible de dire s'il s'agit d'une infiltration syphilitique spécifique de la moelle ou d'une dégénération secondaire consécutive à une artérite syphilitique.

Au point de vue de l'âge de la syphilis, on peut dire que la paralysie spinale survient d'une façon précoce, quelquefois même dans la première année; il y a donc une différence considérable avec ce qui a lieu pour le tabes qui se montre beaucoup plus tardivement par rapport à la syphilis.

L. PERRIN.

# A. FOURNIER. Tabes et paralysie générale. (Bulletin médical, 11 juin 1893.)

Dans cette leçon M. le professeur Fournier discute la question des rapports du tabes et de la paralysie générale. Il pose la question en ces termes : est-on autorisé à confondre en une seule entité morbide la paralysie générale et le tabes ?

Les arguments, autorisant à considérer le tabes et la paralysie générale comme deux modalités géographiques, topographiques d'un seul et même processus morbide, comme deux localisations d'une même maladie, sont de divers ordres; ils sont fournis par la multiplicité des symptômes communs, la combinaison et l'association fréquente des deux types morbides, l'identité des causes, la similitude d'évolution, de terminaison, de résistance aux agents spécifiques; enfin des analogies anatomiques autorisent aussi à admettre une étroite parenté entre le tabes et la paralysie générale.

Il est impossible de ne pas être frappé par la multiplicité étonnante des symptômes et des syndromes qui sont communs à l'une et l'autre maladie. Les troubles moteurs sont de même ordre, car chez le paralytique général comme chez l'ataxique, c'est l'incoordination motrice et non la paralysie qui constitue la note prépondérante; dans les deux maladies, symptômes de paralysies oculaires, fréquence des troubles pupillaires, possibilité de paralysies sphinctériennes, troubles fréquents de la sensibilité, altération fréquente des réflexes, intervention possible de troubles trophiques, etc., etc. — La paralysie générale comme le tabes frappent à la fleur de l'âge ou en pleine maturité, d'une manière insidieuse, lente; les deux sont remarquables par la variabilité symptomatique de leur début, etc.

L'association possible, assez fréquente des deux types morbides sur le même malade montre l'intimité nosologique du tabes et de la paralysie générale; cette association, cette fusion se réalise suivant les trois modes suivants: tantôt c'est la paralysie générale qui entre en scène pour un certain temps, puis à un moment donné surgissent des phénomènes majeurs de tabes; tantôt c'est l'inverse, le tabes verse dans la paralysie générale; enfin plus rarement les deux types morbides semblent débuter d'une façon à peu près simultanée et les symptômes se combinent, s'enchevêtrent étrangement. Que cette association des phénomènes tabétiques et paralytiques se produise suivant telle ou telle de ces modalités, elle arrive à constituer des types métis composés à doses égales ou inégales de symptômes médullaires.

M. Fournier avait proposé pour ces types, il y a une dizaine d'années, la dénomination de syphilose cérébro-spinale postérieure; elle pourrait être remplacée, pense-t-il, par celle de tabes cérébro-spinal.

A ces considérations de divers ordres contribuant à établir la fusion nosologique que M. Fournier cherche à démontrer entre le tabes et la paralysie générale, il faut ajouter l'identité d'origine et la similitude d'évolution, de terminaison, etc., des deux maladies. Elles ont une étiologie à peu près identique : leur cause majeure sinon exclusive, c'est la syphilis agissant sur un organisme prédisposé. Quant à leur évolution, l'une et l'autre sont infiniment plus rares chez la femme que chez l'homme; elles se produisent au même âge, qui est celui où une maladie acquise dans la jeunesse est parvenue à son étape tertiaire; si elles surviennent dans le jeune âge, c'est comme une expression d'une syphilis héréditaire. Enfin toutes les deux affectent une évolution fatale avec possibilité de rémissions plus ou moins longues; la paralysie générale évolue sans doute plus rapidement, de deux ou trois ans, tandis que le tabes dure 10, 20 ou 30 ans, mais il est bien naturel qu'un processus cérébral marche plus vite qu'un processus médullaire. Au point de vue du traitement, elles offrent l'une et l'autre le même caractère d'incurabilité et de résistance à tous les agents thérapeutiques, y compris les agents spécifiques,

La démonstration de l'unification nosologique des deux maladies serait complète, si on pouvait à tous les témoignages qui précèdent joindre celui de l'anatomie pathologique. Ce dernier fait défaut, on en est encore à discuter sur le processus initial, fondamental du tabes et de la paralysie générale. Pourtant un certain nombre d'analogies anatomiques doivent être signalées. Les lésions de l'une et de l'autre maladie sont d'ordre absolument similaire, sinon complètement identique et consistent en une destruction plus ou moins étendue des tubes nerveux, une prolifération des noyaux, unépaississement des fibres de la névroglie, des altérations vasculaires, etc.; de part et d'autre ces lésions aboutissent à la sclérose; enfin, au point de

vue topographique les deux maladies ont une même tendance à étendre leurs lésions au delà du foyer qui leur est ordinairement dévolu. Le tabes tend à diffuser vers le cerveau, celui-ci peut être affecté au moins pour un certain temps sans donner lieu à des phénomènes psychiques notables; réciproquement, la paralysie générale diffuse vers la moelle d'une façon habituelle, 43 à 66 0/0.

Après avoir exposé et discuté les objections qui ont été faites à cette doctrine identiste ou fusionniste, M. Fournier conclut que si la paralysie générale est tellement voisine du tabes qu'elle s'identifie presque avec lui, découle en toute logique cette déduction forcée, qu'elle aussi procède de la syphilis, qu'elle aussi est une émanation, une conséquence à un titre quelconque de la syphilis, et cela comme le tabes dont les attaches, les dépendances vis-à-vis de la syphilis ne sont plus contestables ni guère contestées.

Donc discuter, comme l'a fait M. Fournier, dans cette leçon, les connexions intimes de la paralysie générale avec le tabes, c'est indirectement démontrer une fois de plus et d'une autre façon que la paralysie générale doit dériver de la syphilis.

L. Perrin.

# A. FOURNIER. — Syphilis et paralysie générale. (Bulletin médical, 26 avril, 3 mai 1893.)

Les connexions étiologiques du tabes avec la syphilis ne sont aujourd'hui plus contestables ni guère contestées; il n'en est pas de même encore pour les rapports de la paralysie générale et de la syphilis malgré les nombreux travaux étiologiques parus sur cette question dans ces dernières années. Ce sont ces relations étiologiques de la paralysie générale avec la syphilis que M. Fournier étudie dans ces leçons.

La paralysie générale dont il va s'agir est bien la paralysie générale vraie, classique, l'affection dite paralysie générale des aliénés, la périencéphalite chronique diffuse et non la pseudo-paralysie générale syphilitique.

La recherche des antécédents syphilitiques chez les sujets affectés de paralysie générale est difficile à établir : la fréquence de ces antécédents est extrêmement variable suivant les milieux où sont instituées les statistiques; faible relativement, dans les asiles, elle est beaucoup plus élevée dans les maisons de santé qui reçoivent des malades aisés, assistés d'une famille, entourés d'amis, etc.; on rencontre alors ces antécédents jusque dans les deux tiers, jusque dans les 4/5 des cas. D'ailleurs les aliénistes en remontant dans le passé de leurs paralytiques généraux, les syphiligraphes en suivant leurs syphilitiques dans l'évolution descendante de leur diathèse, arrivent à constater une influence indéniable, irrécusable de la syphilis sur la genèse de la paralysie générale.

D'autres arguments plaident dans le même sens : rareté de la paralysie générale chez la femme répondant à une rareté équivalente de la syphilis chez elle; elle est également rare chez les habitants des campagnes, en certains pays, en certaines régions, en certains milieux, où la syphilis est elle-même moins répandue. D'après plusieurs observateurs, la syphilis tient le premier rang parmi les facteurs étiologiques de la paralysie générale. La syphilis est beaucoup plus fréquente dans les antécédents de

cette maladie que dans les antécédents des autres aliénations: tandis qu'elle figure pour un chiffre de 10 0/0 dans les antécédents des folies autres que la paralysie générale, elle figure pour un chiffre de 65 0/0 dans ceux de la paralysie générale. Coïncidence avec des lésions de paralysie générale des lésions ordinaires de syphilis. Association du tabes et de la paralysie. Enfin cas de paralysie générale développée chez de jeunes sujets de 15 à 19 ans: sur 14 cas qui ont été réunis par Régis, on a rencontré sept fois la syphilis d'une façon certaine et une fois d'une façon probable. On ne peut pour ces cas faire appel à l'hérédité nerveuse, à l'alcoolisme, au surmenage physique et moral, aux chagrins, aux émotions, etc.

Après avoir montré les raisons qui portent à considérer la paralysie générale comme étant d'origine syphilitique, M. Fournier examine ensuite les objections formulées contre cette manière de voir. Celles-ci sont de divers ordres: le traitement spécifique est inefficace contre la paralysie générale syphilitique; le processus anatomo-pathologique de la paralysie générale n'est pas celui des lésions spécifiques, les symptômes de cette maladie ne sont pas de l'ordre de ceux qu'il est dans les allures, dans les habitudes de la syphilis de produire; les facteurs étiologiques de la paralysie générale sont très habituellement complexes; enfin la syphilis, disent les adversaires de la doctrine que défend M. Fournier, peut figurer d'une façon fréquente, voire habituelle, dans les antécédents de la paralysie générale, mais elle ne constitue pas pour elle une cause efficiente vraie, elle ne fait que lui préparer un terrain favorable; en d'autres termes, elle ne joue pas le rôle d'un germe, mais celui d'un fumier, d'un engrais.

De la discussion de toutes ces objections, M. Fournier tire les conclusions suivantes: 1º des raisons multiples, valables, probantes, autorisent à admettre une relation de cause à effet, une véritable connexion pathogénique entre la syphilis et la paralysie générale; 2º des objections présentées contre cette manière de voir, aucune n'est de nature à l'invalider; 3º conséquemment, la paralysie générale peut être un des aboutissants, une des terminaisons de la syphilis, et même la syphilis lui sert, en un très grand nombre de cas, pour une proportion numérique qu'il appartient seulement à l'avenir de préciser exactement, de facteur étiologique déterminant.

L. Perrais.

### A. FOURNIER. La neurasthénie syphilitique. (Gaz. des hôp.,n° 101 et 104, 1893.)

La neurasthénie est fréquente au cours de la syphilis, elle est même plus fréquente que ne le croient les médecins qui ne vivent pas dans le monde des syphilitiques. La vérole, en effet, plus qu'aucune autre affection est bien faite pour provoquer des accidents nerveux; c'est une maladie infectieuse, anémiante, exerçant une influence morale parfois considérable sur l'organisme, et particulièrement disposée à porter ses atteintes sur le système nerveux.

Dans ces leçons consacrées à la neurasthénie, M. Fournier insiste sur les points particuliers suivants: 1° il existe une neurasthénie syphilitique survenant dans le cours de la période secondaire et même à la fin de cette période; 2° cette neurasthénie peut se produire seule ou associée avec d'autres phénomènes syphilitiques; 3° elle peut être fruste, incomplète et

se borner à la céphalée neurasthénique ou offrir le tableau complet de cette maladie.

La neurasthénie se produisant dans les périodes secondaires et dans les étapes jeunes de cette période est admise par tous; bien peu de femmes sont épargnées, c'est le nervosisme secondaire des anciens syphiliographes; tous les appareils sont plus ou moins touchés. La neurasthénie de la fin de la période secondaire, celle de la période tertiaire est moins connue, contestée même; M. Fournier en a cependant observé des cas incontestables, 2 ans, 3 ans, 5 ans même après le chancre. Tantôt ces formes tardives coexistent avec d'autres accidents tertiaires ou secondo-tertiaires (iritis, gomme, sarcocèle, exostose); tantôt la neurasthénie est isolée, elle n'est accompagnée d'aucune autre manifestation syphilitique, son diagnostic est alors beaucoup plus difficile. Cette neurasthénie tardive peut se présenter sous deux formes : une incomplète où la céphalée est l'accident prédominant, une commune où la neurasthénie existe avec son complet cortège de symptômes.

En présence de tels symptômes toujours amplifiés par le malade, le médecin peut croire à des maladies du cerveau et de la moelle alors que rien de pareil n'existe. Les erreurs se font en divers sens suivant que prédominent les symptômes cérébraux ou médullaires de la neurasthénie. M. Fournier passe d'abord en revue les signes différentiels du pseudo-tabes neurasthénique avec le tabes; quant aux éléments diagnostiques de la syphilis cérébrale, de la paralysie générale, quand la neurasthénie s'oriente vers le cerveau, ils peuvent être ramenés aux 3 considérations suivantes : 1º absence dans la neurasthénie des grands symptômes consécutifs nécessaires aux lésions cérébrales; 2º multiplicité de symptômes étrangers aux grandes lésions du cerveau; 3º symptômes ne présentant que l'apparence, le décor, l'image exagérée des symptômes organiques. L. Perrain.

# Tabes. — Pitres. Gangrène spontanée des orteils chez un tabétique. (Revue neurologique, 15 mai 1893, p. 202.)

Homme de 45 ans, atteint d'ataxie locomotrice progressive depuis 16 ans, ayant eu depuis 6 ans des maux perforants plantaires, puis des phénomènes de névrite plantaire (douleurs très violentes dans les orteils, exagérées par la chaleur, orteils tuméfiés, violacés, froids avec quelques soulèvements phlycténoïdes de l'épiderme) se reproduisant tous les hivers; au mois de décembre 1889, tous les orteils du pied droit et le gros orteil gauche devinrent noirs, cadavériques, les battements de l'artère pédieuse se percevaient très bien, les orteils sphacélés se séparèrent des parties voisines dans les mois de janvier et février; l'hiver suivant, aucun incident notable; au mois d'avril, mort subite.

A l'autopsie, névrite avec atrophie des fibres nerveuses dans les nerfs musculo-cutanés et tibiaux antérieurs des 2 côtés et surtout dans les nerfs collatéraux correspondants aux orteils absents qui ne renferment plus une seule fibre intacte. Les lésions étaient moins considérables que dans les faits antérieurement observés par Pitres et Vaillard, ce qui tient probablement à ce que dans le cas actuel la gangrène remontait déjà à 16 mois et les nerfs avaient déjà pu être le siège de processus de régénération.

Georges Thibierge.

EMIL HONGBERG. Bidrag till Kännedommen om den progressiva paralysins etiologi med särskild känsyn till syfilis. (Helsinfors, 1892, VIII, 142 p.)

Un nouveau document statistique de la Finlande sur le rôle de la syphilis pour la paralysie générale, constatant la validité des recherches antérieures du Danemark.

Les recherches de l'auteur concernent tous les aliénés de l'hôpital de Lappvik à Helsingfors, pendant les années de 1875-91.

Parmi 1,451 personnes aliénées, il y avait 100 paralytiques généraux (91 hommes et 9 femmes), 6,89 0/0. La paralysie générale se montre donc comme toujours bien plus fréquente chez l'homme que chez la femme et attaque bien plus souvent la population des villes que la population de la campagne, ainsi qu'elle se montre rarement chez les femmes des classes aisées.

Aucun des malades n'avait moins de 25, ni plus de 63 ans. La moitié de tous les malades se trouvait à l'âge de 35 à 44 ans.

Une infection syphilitique précédente fut démontrée avec toute certitude chez 74 (70 hommes et 4 femmes).

La chose était douteuse pour 9 hommes et 3 femmes, qui avaient pourtant des antécédents vénériens.

Parmi les 1,351 autres aliénés il n'y avait que 4,28 0/0 syphilitiques. Des travaux antérieurs ont donné le résultat suivant:

	POURCENTAGE DE SYPHILITIQUES	POURCENTAGE DE SYPHILITIQUES	NOMBRE DES MALADES	
AUTEURS	PARMI LES ALIÉNÉS EN GÉNÉRAL	PARMI LES PARALYTIQUES GÉNÉRAUX	ALIÉNÉS EN GÉNÉRAL	PARALYTI- QUES
Jespersen	_	67.4	_	123
Mendel	18	75	101	146
Snell	_	45.8	-	24
Lange	2.3	39.2	2855	84
Obersteiner	4.3	21.1	825	175
Eickholt	-	11.8	-	161
Reinhardt		22.5	1762	328
Rohmell	_	76.8	-	194
Goldstein	11	55,6	100	99
Nasse	2.1	19.3	2508	217
Dietz	_	61.4	_	88
Hirt	5.3	66.5	260	257
Barvinski	_	83	_	65
Regis		85.7	-	21
Oebeke	12	57.1	250	70
Biswanger	_	72	_	106
Geill		64.7	_	88

Dans la plupart des cas, la paralysie se développa 5 à 15 ans après l'intection. La syphilis précédente avait été comme toujours très faible, sans récidives et par la même raison non traitée au mercure.

4 malades avaient présenté une seule récidive de leur maladie, un seul en avait eu deux.

10 0/0 des malades étaient alcooliques en même temps.

En opposition aux auteurs du dernier temps il a trouvé la forme maniaque la plus fréquente, la forme démente un peu plus rare.

Après ces formes-là venait la forme mélancolique. Il n'y avait qu'un seul cas de la forme circulaire.

Le clergé de la Finlande a aidé l'auteur à se procurer des renseignements sur le sort ultérieur de 94 de ces 100 malades :

82,9 0/0 sont morts avant les 4 premières années (43,6 0/0 avant les deux premières années).

15 cas ont suivi une marche léthale rapide.

Des rémissions étaient rares.

Les idées de folie de grandeur se trouvaient chez 54 0/0 des malades, (chez 39, 52,7 0/0 des syphilitiques) et l'auteur combat pour cette raison les opinions de Fournier sur leur rareté chez les paralytiques syphilitiques.

Des attaques épileptiformes et apoplectiformes se trouvaient chez 61 malades.

Mydriasis chez 64 0/0.

Myosis chez 9 0/0.

Défaut de réaction des pupilles chez 59 0/0.

Un traitement mercuriel a été essayé sans résultat chez la plupart des paralytiques.

EHLERS (Copenhague).

### J.-V. HJELMMAN. Om hjärnsyphilis, dess frekvens kronalgie etiologi och prognos. (Helsingfors, 1892, VII, 160 p.).

Les recherches de l'auteur concernent des malades de l'hôpital général de Helsingfors (Finlande), un hôpital desservi d'une clientèle fixe, recrutée d'un district géographique assez bien circonscrit. Les malades appartiennent tant aux classes intelligentes, tant aux classes ouvrières, ainsi qu'il est permis de tirer des conclusions de quelque valeur de son travait statistique.

Les recherches comprennent les années de 1878-1890 et concernent et les malades du service de syphiligraphie et les malades des services de médecine interne, de chirurgie, et d'ophtalmologie.

Abstraction faite de l'ataxie locomotrice et de la paralysie générale, les cas de syphilis tertiaire remontent à 1860, ainsi répartis :

Affections de la peau, 985.

- du tissu osseux, 238.
- des os du nez et du palais, 223.
- du gosier et du palais, 318.
- du larynx et de la trachée, 93.
- des organes génitaux, 50.
- des testicules, 32.

Affections des autres muqueuses spéciales, 15.

- de l'appareil de la vision, 32.
- des articulations, 10.

Syphilis du système nerveux.

Affections du foie, 32.

- du cerveau, 218.
- du cerveau et de la moelle épinière, 12.
- de la moelle épinière, 24.
  - Autres affections, 2.

12 0/0 du nombre total souffraient donc d'une syphilis tertiaire du système nerveux.

On sait à présent, que les formes précoces de la syphilis cérébrale sont les plus fréquentes.

L'auteur a trouvé dans 112 cas des renseignements exacts sur les rapports chronologiques :

L'affection du cerveau se montra dans 24 cas moins d'un an après l'infection.

13 cas entre 1 et 2 ans après l'infection.

**	cas chac	I ct a ans	apresi
14	-	2 - 3	_
10	_	3 - 4	_
6	_	4 - 5	_
9	_	5 - 6	_
3	_	6 - 7	-
4	-	7-8	_
2	_	8 - 9	_
2	-	9 - 10	-
13	- 1	10 - 15	_
6	- 1	15 - 20	_
6	_ 9	20 30	_

Plus d'un quart du total se déclare alors pendant la première année et la moitié presque pendant les premières années. L'âge des malades n'exerce aucune influence; l'intervalle entre l'infection et l'apparition des symptômes cérébraux est cependant d'autant plus court que l'âge des malades est plus avancé, auquel il a contracté sa syphilis.

63,5 0/0 étaient hommes, 36,5 femmes.

La plupart des syphilitiques du cerveau n'avaient été avant l'apparition des symptômes cérébraux soumis à aucun traitement ou bien à un traitement très défectueux.

Le surmenage intellectuel, les émotions psychiques, les insultes de traumatismes sur la tête, les excès sexuels et avant tout les débauches alcooliques (chez au moins 33 0/0 des malades de M. H.) sont les causes prédominantes de la localisation cérébrale de la syphilis.

La disposition nerveuse (héréditaire et acquise) sera nommée aussi parmi les facteurs, qui dirigent la syphilis vers le cerveau.

La constitution et les maladies passées semblent sans influence.

Le pronostic général est très défavorable.

Les cas funestes font au moins la moitié (30 0/0 morts, 13 0/0 non

gu

da

m

re

q

n

h

1

guéris); les cas guéris ne font au plus qu'un quart du nombre total (24 0/0), dans les cas restants (25 0/0) on n'obtenait qu'une amélioration.

La mort survenait avant les 6 premiers mois après l'apparition des symptômes cérébraux chez un quart des malades et avant les deux premières années chez la moitié.

L'âge est sans influence jusqu'à l'âge de 40 ans, mais une syphilis du cerveau après l'âge de 39 ans aggrave fortement les chances d'une restitution.

L'intervalle entre l'infection et l'affection cérébrale est sans influence, quand il est plus court que 10 ans. S'il s'écoule un temps plus long, le pronostic en est influencé d'une façon bien défavorable.

La curabilité de l'affection cérébrale n'est point influencée par des cures mercurielles précédentes.

Les formes à irritation cérébrale, épilepsie et paralysie des nerfs de la base du crâne, se distinguent par le meilleur pronostic. 71 0/0 de toutes les formes guéries appartiennent à ces dernières formes.

Les paralysies des extrémités aggravent absolument le pronostic ; on voit pourtant des hémiplégies complètement développées guérir dans une partie des cas.

L'intervention d'un traitement mercuriel est le facteur décisif; sans traitement mercuriel les syphiloses du cerveau évoluent d'une façon fatale. Le traitement spécifique doit être institué aussitôt, aussi énergique et continué aussi longtemps que possible.

Le très soigné travail de l'auteur se distingue par sa clarté, critique et logique.

Pour revoir ses malades, il a profité du secours du clergé et des médecins de la Finlande. Il a réussi ainsi à avoir des renseignements exacts sur 123 de ses 254 malades.

Dr Ehlers (de Copenhague).

Syphilis: traitement abortif. — James C. Mc Guire. Excision of the chancre as a mean of aborting syphilis. (New-York medical Journal, 6 mai 1893, p. 497.)

L'auteur apporte deux nouveaux documents pour l'étude de cette intéressante question. Le premier est le cas d'un homme de 25 ans qui, 18 jours après un coît suspect, s'aperçut un soir d'une petite excoriation sur la verge : dès le lendemain, il alla chez le Dr Mc Guire qui lui fit l'excision douze heures après l'apparition de la lésion. Au bout de quarante-sept jours, le malade revint voir l'auteur avec une roséole typique, etc. : le deuxième est le cas d'un homme de 36 ans qui, 2 heures après un coît suspect, vint montrer à l'auteur une érosion du frein que celui-ci cautérisa aussitôt à l'acide phénique pur ; vingt jours plus tard, le malade avait un chancre induré typique au point qui avait été cautérisé; on l'enleva, et, six semaines après, la roséole survint.

CH. MAURIAC. Traitement abortif de la syphilis. (Semaine médicale, nº 8, 1893.)

Dans ce travail, M. Ch. Mauriac se déclare partisan convaincu de l'abortion syphilitique quand le siège du chancre permet de le faire et du traitement spécifique dans la période primitive, aussitôt qu'il ne reste plus aucun doute sur la nature du chancre.

On ne sait pas et on ne saura peut-être jamais, si la syphilis commence aussitôt après la contagion ou seulement à l'époque où apparaît le chancre. Toutefois les éclatants et nombreux insuccès de l'excision sont plus favorables à l'hypothèse de l'infection immédiate et générale de l'organisme après la contagion, qu'à celle de son infection primitivement locale par le chancre, puis peu à peu progressive par les ganglions, la lymphe, le sang, etc.

Quoi qu'il en soit, d'après M. Mauriac, on ne doit pas prendre pour base de la pratique ces considérations pathogéniques : il faut regarder le chancre comme le foyer primitif de l'infection et faire son exérèse complète toutes les fois que les conditions topographiques ne la contre-indiquent pas. Elle est d'ailleurs inoffensive pour le malade et n'a jamais été pour lui, jusqu'à présent, la source de dangers ou même d'inconvénients sérieux. Quant à l'âge du chancre, l'expérimentation, d'accord avec la théorie, prouve qu'il est parfaitement inutile d'enlever le syphilome primitif, du moment que les lymphatiques, les ganglions régionaux ont été infectés. Ils le sont dès les quatre ou cinq premiers jours ; toute exérèse pratiquée après ce délai est donc fatalement condamnée à l'insuccès. Mais, comme pour M. Mauriac, il ne s'agit pas de faire triompher ou de condamner la méthode et que l'on ne doit avoir en vue que la préservation du malade, il faut, dès qu'il apparaît sur un point du tégument opérable et qui a été, à n'en pas douter, soumis au contact du virus syphilitique, une petite lésion, même équivoque, il faut l'exciser pourvu toujours qu'elle survienne au terme ordinaire de l'incubation chancreuse.

A quel moment doit-on commencer le traitement de la syphilis ? Quoique, plus encore que pour l'excision, on sache que l'on ne peut juguler la syphilis par le traitement mercuriel et ioduré le plus intensif, institué dès l'apparition du chancre, M. Mauriac commence la médication spécifique aussitôt qu'il ne lui reste plus aucun doute sur la nature de l'accident primitif. Pour lui, il y a tout bénéfice à faire le traitement dans la période primitive : celui-ci exerce une action curative indéniable sur le chancre, il neutralise peut-être en partie le processus infectieux; à ce moment il est aussi apte qu'à tout autre d'atténuer ou de prévenir les conséquences de ce processus; enfin tout ce qu'on a dit de la perturbation qu'il apporte dans l'ordre évolutif, de son impuissance à prévenir les manifestations secondaires, de son efficacité trop réelle pour les aggraver, ne repose que sur des hypothèses et n'est en rien justifié par l'observation clinique. Pour M. Mauriac il y a une solidarité très étroite entre certaines formes ulcérogommeuses des chancres et leurs premières déterminations sur la peau, les muqueuses ou ailleurs ; on n'aurait pas donné le mercure et l'iodure que ces déterminations n'auraient certainement pas manqué de se produire, peut-être même auraient-elles été plus funestes. Dans ces formes ulcérogommeuses des chancres, M. Mauriac donne le mercure et l'iodure de potassium; quand, au contraire, le chancre a des tendances résolutives spontanées, le mercure seul. Il suspend ce traitement de la syphilis primitive, 9 ou 10 jours environ avant le terme ordinaire de la seconde incubation. L. PERRIN.

In

in

pa

gı

re

de

ti

le

Injections mercurielles. — R. Campana. Delle iniezioni endovenose di sublimato nella sifilide. (La Riforma medica, 3 juillet 1893, p. 14.)

L'auteur ne reconnaît pas aux injections intra-veineuses de sublimé employées contre la syphilis, les avantages que présentent les injections intra-veineuses contre l'impaludisme suivant la méthode de Baccelli, parce qu'il est étrange d'injecter dans le sang une substance qui le coagule. Cependant il a voulu expérimenter cette méthode, qui avait été recommandée.

Il recommande les précautions suivantes: emploi d'une seringue à piston de caoutchouc, démontable, à aiguille de platine, faire gonfler les veines au moyen d'une ligature placée sur la partie inférieure du bras, introduction de l'aiguille dans la veine par un coup sec, d'abord presque verticalement, puis obliquement vers le centre; lorsqu'il est sorti quelques gouttes de sang par l'aiguille, y adapter une seringue bien pleine de la solution et pousser le piston.

Campana a fait à 2 de ses malades 5 injections sans voir d'amélioration, Il trouve la méthode inefficace et dangereuse et se soucie peu d'expérimenter sur une plus large échelle.

Georges Thibierge.

R. Jemma. Sull'uso del sublimato corrosivo per iniezioni endovenosa. (La Riforma medica, 18 juillet 1893, p. 159.)

Maragliano a expérimenté les injections intra-veineuses de sublimé, suivant le procédé proposé par Baccelli pour l'administration de la quinine dans l'impaludisme. La dose maxima qu'il a injectée a été de 4 milligrammes. Il se sert d'une solution de sublimé au millième dans l'eau additionnée d'une petite quantité de chlorure de sodium et d'alcool et renouvelée fréquemment; l'injection est faite de préférence dans la veine céphalique au coude avec une seringue de Pravaz, après ligature du bras et lavage antiseptique de la peau, on a soin de déplacer la peau afin que, après l'opération, la piqûre de la peau et celle du vaisseau ne se correspondent plus; la seringue doit être absolument pleine, afin de ne pas injecter d'air. En employant des instruments aseptiques, on ne voit pas se développer de phlébite.

Jemma a pratiqué à la clinique de Maragliano plus de 300 de ces injections. Il rapporte les observations de 4 syphilitiques qui ont été soumis à ce traitement et qui ont reçu de 20 à 75 injections: deux étaient atteints de syphilis cérébrale, un de névralgies multiples, le dernier d'adénopathies généralisées. Tous ces malades ont été améliorés, aucun n'est guéri malgré le nombre considérable d'injections.

L'auteur pense que cette méthode est plus rapidement active que tous les autres modes d'administration du mercure et permet d'obtenir l'effet maximum avec la dose minima de médicament; avec elle, on est certain que le mercure est absorbé et la douleur est moindre que lorsqu'on fait des injections intra-musculaires.

Reste à prouver par des observations cliniques qu'elle est réellement d'une activité supérieure aux autres méthodes de mercurialisation; reste aussi à savoir si elle sera réellement aussi innocente que le dit l'auteur et comment le sublimé se comporte chimiquement vis-à-vis du sang en circulation, car la réaction in vitro, de connaissance vulgaire, ne saurait engager à employer cette méthode.

Georges Thiblierge.

P. Froloff. — De l'influence des injections interstitielles de salicylate de mercure sur l'échange et l'assimilation des matières azotées au point de vue quantitatif et qualitatif chez les syphilitiques. (Le Progrès médical, 12 août 1893, p. 97.)

L'auteur a dosé chez 11 syphilitiques soumis aux injections de salicylate de mercure l'azote absorbé, l'azote éliminé par les urines et les matières fécales, en ayant soin de déterminer la quantité d'azote éliminée sous forme d'urée et de matières extractives et sous forme d'acide urique.

Il a constaté que dans les formes récidivantes (condylomes, plaques muqueuses, etc.), ces injections augmentaient l'intensité des échanges organiques, qui devenaient en même temps plus complets et que l'assimilation de l'azote était un peu diminuée.

Dans les formes récentes (roséole), où les échanges organiques sont très augmentés, il y a diminution dans l'urine des produits d'oxydation incomplète, et l'assimilation s'améliore.

Georges Thiblerge.

G. Gaglio. — Sull' assorbimento dei vaporidi mercurio metallico nella cura delle frizioni mercuriali. (Archivio di farmacolagia e terapeutica, 15 mai 1893, p. 289.)

L'auteur en recherchant la présence du mercure au moyen d'un réactif très sensible, le chlorure de palladium, a constaté que les frictions avec des pommades mercurielles produisent des vapeurs mercurielles assez abondantes, qui peuvent jouer un rôle dans leur action. Par contre, l'air expiré par les animaux auxquels on a fait antérieurement des frictions ou des injections mercurielles ne renferme pas de vapeurs mercurielles, ce qui est dû à ce que le mercure est fixé par les tissus vivants : ainsi, en faisant passer à travers un tube renfermant des fragments d'organes divers l'air qui a traversé du mercure, les réactifs ne commencent à déceler la présence du métal qu'au bout d'un temps très long.

GEORGES THIBIERGE.

## Traitement de la syphilis. — F. GAY. Sur le tannate de mercure. (Nouveau Montpellier médical, 22 juillet 1893, p. 565.)

Le tannate de mercure du commerce est de composition très variable, renfermant de 40,34 0/0 à 60,94 0/0 de mercure. En présence de ce fait, l'auteur a cherché un procédé de préparation susceptible de fournir un produit, sinon défini, du moins possédant un titre en mercure invariable et pourvu de toutes les propriétés thérapeutiques signalées.

Il propose la formule suivante :

Mêlez par trituration dans un mortier, les 2 corps desséchés; ajoutez 50 c.c. d'eau distillée pour obtenir une pâte fluide, abandonnez le mélange dans le mortier pendant 2 jours, pulvérisez la masse durcie, exposez la poudre pendant 24 heures dans un dessiccateur à acide sulfurique.

On obtient ainsi une poudre vert noirâtre renfermant 23,8 0/0 de métal, dont le meilleur mode d'administration consiste dans l'emploi de pilules à 5 centigrammes avec 10 centigrammes d'extrait de quinquina.

GEORGES THIBIERGE.

### REVUE DES LIVRES

 A. Blaschko. — Syphilis et prostitution au point de vue de l'hygiène publique. In-8°, 206 pages. Berlin, Karger, 1893.

Le livre que vient d'écrire M. le Dr Blaschko est une étude des plus intéressantes sur les causes qui président au développement des maladies vénériennes en général et de la syphilis en particulier, et sur les moyens à employer pour en enrayer la propagation. Des mesures prophylactiques de tous genres, dit l'auteur dans sa préface, ont été mises en usage pour prévenir les épidémies de typhus, de choléra, de diphtérie ; rien ou presque rien encore n'a été fait pour arrêter le développement permanent des maladies vénériennes dont l'influence sur l'espèce humaine est tout aussi néfaste. Certains auteurs et, parmi eux, Herbert Spencer, ont soutenu que les maladies vénériennes ne constituaient de danger pour l'espèce humaine que dans l'esprit des spécialistes. Démontrer que cette opinion est fausse, rechercher les conditions qui favorisent la propagation des maladies vénériennes, établir les mesures qui peuvent les enrayer, tel est le but que s'est proposé M. le Dr Blaschko. L'analyse de son travail, que nous allons entreprendre, montrera jusqu'à quel point il a réussi.

Après avoir éliminé le chancre mou, maladie purement locale et passagère, M. Blaschko fait une description succincte des symptômes, de la marche et des conséquences de la syphilis et de la blennorrhagie. Pour la première, ce sont les accidents du tertiarisme, la mortalité infantile, l'hérédité; pour la seconde, ce sont les accidents infectieux chez l'homme et chez la femme, la cécité par ophtalmie et toutes ces complications dont les travaux modernes démontrent l'importance. L'intérêt social qu'il y a à prévenir ces maladies se fait sentir, dit l'auteur en terminant son premier chapitre, lorsque l'on résséchit que, d'après Magnus, pour la Prusse seule, la blennorrhagie représente au minimum une dépense annuelle de 20 mil-

lions de marks (25 millions de francs).

Le développement géographique des maladies vénériennes est étudié dans le deuxième chapitre. Toutes les statistiques de l'ancien et du nouveau monde sont mises à contribution par M. Blaschko, qui nous apprend dans quelles proportions les maladies vénériennes sont répandues dans les différents pays et dans les différentes classes de la société. De tous ces chiffres, nous ne retiendrons que ceux obtenus par l'auteur lui-même pour la ville de Berlin. « 60 à 70 p. 100 des maladies vénériennes, dit-il, sont des blennorrhagies; 20 à 39 p. 100 sont des syphilis et, parmi celles-ci, la moitié environ  $(10\cdot14\cdot0/0)$  sont des syphilis récentes. La blennorrhagie est 5 à 6 fois plus fréquente que la syphilis récente, en d'autres termes, il y a 5 à 6 fois plus de chances de contracter une blennorrhagie que de contracter une syphilis. »

Enfin, M. le Dr Blaschko, qui est médecin de la caisse de secours pour les étudiants malades, a eu l'occasion de constater, chez eux, une telle fréquence des maladies vénériennes qu'il en conclut que « chaque étudiant,

pendant ses quatre années d'études, est atteint au moins une fois d'une maladie vénérienne ».

Comment se propagent les maladies vénériennes? Quelles sont les voies et moyens employés par la contagion pour répandre au loin la blennor-rhagie et la syphilis? Sur ces questions qui forment l'objet du troisième chapitre, M. Blaschko ne nous apprend rien qui ne soit déjà connu. Pour la syphilis, les modes d'infection sont divisés par lui en cinq classes; 1° l'infection accidentelle; 2° l'infection professionnelle; 3° l'infection familiale; 4° l'infection héréditaire; 5° l'infection sexuelle. De ces cinq modes d'infection, le dernier est le plus fréquent; or il est sous la dépendance d'une grande cause, la prostitution. L'importance de cette dernière est assez considérable pour nécessiter une étude spéciale à laquelle l'auteur consacre son quatrième chapitre.

La prostitution ancienne, dit-il, était un objet de luxe, la prostitution moderne est devenue un besoin social. Ce développement anormal de la prostitution est en rapport avec la diminution constante du nombre des mariages, l'âge plus avancé du mariage, la fréquence du célibat. Dans tous les pays civilisés la difficulté des conditions de la vie rend le mariage de l'homme moins aisé et pousse la femme à la prostitution. Dans les états européens, les femmes sont en nombre beaucoup plus considérable que les hommes et ceux-ci trouvent, pour satisfaire leurs instincts, une grande quantité de femmes auxquelles le travail quotidien ne peut assurer le pain nécessaire à l'existence. Certains auteurs ont soutenu que la prostitution avait pour causes l'ignorance, l'insuffisance morale, d'autres ont voulu l'attribuer aux exigences d'un tempérament physique particulier auxquelles la prostituée ne peut se soustraire. Si ces causes agissent dans un certain nombre de cas, elles ne sauraient expliquer, d'après M. Blaschko, le développement de la prostitution moderne dont la principale source réside dans le développement même de la misère chez la femme. La femme moderne est obligée de travailler pour vivre, et le plus souvent son travail est insuffisant à assurer son existence et celle de sa famille. A l'appui de cette opinion, M. Blaschko cite plusieurs rapports officiels faits en Allemagne sur le travail des femmes et qui ne justifient que trop ses tristes conclusions.

Dans la plupart des États européens, la prostitution est soumise à des règlements à la fois médicaux et policiers. M. Blaschko examine un certain nombre de ces règlements et constate que, loin d'entraver la prostitution, ils la favorisent plutôt en l'imposant en quelque sorte. Le système admis généralement consiste en inscription des prostituées et visites médicales de celles-ci. Les prostituées malades sont internées dans un hôpital spécial et gardées jusqu'à leur guérison. Ce système exerce-t-il quelque influence favorable sur l'hygiène publique? M. Blaschko ne le pense pas. Les femmes exerçant la prostitution peuvent, en effet, se diviser en deux grandes classes, les prostituées soumises au contrôle policier et celles qui échappent à ce contrôle. Les premières se divisent elles-mêmes en deux catégories, les femmes vivant en maisons publiques et les femmes isolées. Or, d'après toutes les statistiques, les prostituées en maisons publiques sont beaucoup plus souvent malades et propagent beaucoup plus souvent l'infection que celles qui sont isolées. Les femmes faisant de la prostitution secrète renferment, outre un certain nombre de prostituées de profession

qui échappent au contrôle administratif, des femmes exerçant des métiers quelconques et se livrant plus ou moins souvent à la prostitution. Cellesci, au point de vue de l'hygiène publique, sont moins dangereuses, car elles ont moins souvent l'occasion de propager leur maladie quand elles sont infectées. Pour celles qui sont soumises au contrôle, le système des visites médicales est-il au moins efficace? Nullement, car dans la plupart des grandes villes, le personnel médical est beaucoup trop restreint, le nombre des femmes à examiner beaucoup trop grand pour que cette visite sanitaire soit bien faite. Nombre de blennorrhées échappent faute d'un examen microscopique, nombre de syphilis sont méconnues faute de recherches suffisantes. Loin d'arrêter le développement des maladies vénériennes, les mesures qui ont été prises jusqu'à ce jour, semblent n'avoir

été combinées que dans le but de les propager.

La prophylaxie des maladies vénériennes, qui faitle sujetdu cinquième chapitre, est, il est vrai, fort difficile, parce que celles-ci sont soumises à un certain nombre de causes qui influent de diverses manières. C'est un fait bien connu que leur développement est favorisé par les guerres, les révolutions, les expositions universelles qui provoquent le déplacement d'une grande masse d'hommes ; dans les campagnes, généralement moins atteintes que les villes, les foires, les marchés, les fêtes populaires jouent le même rôle. Dans les différentes classes de la société, les conditions de la vie ne sont pas les mêmes; toutes ces causes qui tendent à retarder l'époque du mariage entraînent par cela même l'augmentation de la prostitution et ses conséquences : les militaires, les étudiants, les tailleurs de pierres qui vont de ville en ville, sont les plus éprouvés. Le mouvement social de notre fin de siècle n'agit pas moins d'une facon favorable dans la mesure où il contribue à l'amélioration de l'hygiène publique. La journée de huit heures adoptée en Australie a eu pour conséquences, s'il faut en croire les statistiques, une diminution de l'alcoolisme et par suite des maladies vénériennes, l'alcool, comme on le sait, favorisant les rapports sexuels inconsidérés et excessifs. Le faible développement du niveau intellectuel de certaines populations, l'ignorance générale des jeunes gens sur les conséquences de leurs actes sont autant de causes qui entravent la prophylaxie des maladies vénériennes. De plus, les caisses de secours pour maladies qui existent en Allemagne refusent pour la plupart leur appui aux sujets atteints d'affections vénériennes. M. Blaschko s'élève avec raison contre ces règlements si inhumains et si peu favorables à l'hygiène publique. Avec autant de raison il proteste contre l'exclusion dont sont victimes les malades vénériens dans le plus grand nombre des hôpitaux. Dans la plupart des États européens, en effet, les vénériens sont rélégués dans des hôpitaux spéciaux où le petit nombre de lits force à restreindre le nombre des admissions. M. Blaschko repousse d'ailleurs la création d'hôpitaux spéciaux et il veut que les malades vénériens soient admis dans tous les hôpitaux généraux ; il accepte toutefois la création de divisions spéciales. Enfin il réclame le traitement gratuit des vénériens, l'augmentation du nombre des lits qui leur sont consacrés, la suppression de tous les règlements spéciaux qui leur sont encore appliqués dans certains hôpitaux.

D'autres mesures ont été proposées : la déclaration obligatoire des mala-

dies vénériennes. M. Blaschko la repousse comme impossible; l'examen médical obligatoire, qui existe en Russie dans certains cas, même pour les hommes, et qui ne peut être mis en pratique que dans des pays peu civilisés; l'examen périodique des soldats, en usage aujourd'hui dans la plupart des armées, mais que l'auteur, avec M. le professeur Fournier, voudrait voir plus discret. Enfin dans certains pays, des condamnations à l'amende et même à la prison sont prononcées contre tout individu reconnu coupable d'en avoir contagionné un autre; M. Blaschko considère cette mesure comme absolument inefficace et trop difficile à appliquer dans la pratique.

Actuellement, dans la question de la prostitution, deux grands partis sont en présence : les abolitionnistes et les partisans de la réglementation. M. Blaschko, après avoir examiné les arguments des uns et des autres, se déclare pour ces derniers. Mais la réglementation jusqu'alors n'a pas donné tout ce qu'on pouvait en attendre; il faut donc l'améliorer : dans quel sens?

C'est ce que l'auteur indique dans son dernier chapitre.

L'assainissement de la prostitution doit être atteint par des mesures médicales et policières. Ces mesures ne doivent pas être livrées au bon plaisir de la police des mœurs, mais doivent reposer sur le droit et la justice. L'inscription des prostituées ne doit être faite qu'après une enquête sérieuse qui la justifie; ne doivent être inscrites que les femmes qui font réellement de la prostitution une profession. Cette inscription doit être rédigée sous forme d'un acte légal dont les termes seront réglés par la loi.

L'inscription entraîne l'examen médical obligatoire; cet examen sera répété fréquemment et à de courts intervalles. La durée de l'examen pour chaque femme doit être beaucoup plus longue qu'elle n'est actuellement; celui-ci sera complet et devra comporter même l'emploi du microscope quand il sera indiqué. Le nombre des médecins chargés de cet examen doit être plus grand; ces examens devraient être faits non dans des établis-

sements policiers, mais dans des hôpitaux.

L'examen médical entraîne l'obligation du traitement. Des consultations externes avec médicaments gratuits doivent être instituées pour les malades non hospitalisées et pour celles qui, sorties de l'hôpital, ont encore besoin de traitement. Enfin il faut exiger des médecins chargés des visites sanitaires une connaissance parfaite de la syphiligraphie et de la gynécologie. En terminant, M. Blaschko demande la suppression des prisons pour vénériens dont Saint-Lazare à Paris, la Charité à Berlin, sont les types. Avec M. le professeur Fournier, il réclame « l'hospitalisation des malades, l'hospitalisation pure et simple ».

Nous en avons fini avec l'analyse de ce remarquable travail, mais nous serions incomplet si nous ne signalions pas l'appendice qui y fait suite. Dans cet appendice sont réunis les règlements des principales villes européennes sur la prostitution et les propositions faites dans plusieurs sociétés savantes sur ce sujet. Ajoutons, en terminant, qu'un index bibliographique important complète heureusement l'ouvrage de M. le Dr Blaschko.

EUDLITZ.

Le Gérant : G Masson.

IMPRIMERIE LEMALE ET Cie, HAVRB

### CHARLES LAILLER

#### 1822-1893

Charles Lailler, né à Paris le 20 août 1822, est mort à Bernay, dans l'Eure, le 10 août 1893. Il avait été reçu interne des hôpitaux en 1845 et médecin du Bureau central en 1854. Après un séjour de quatre ans à l'hôpital Beaujon, il arriva à l'hôpital Saint-Louis en 1863, y remplaçant Gibert qui venait d'être emporté par le choléra. Il ne devait quitter cet hôpital qu'à sa retraite en 1888, après y avoir passé par conséquent 25 ans, c'est-à-dire plus du tiers de sa vie.

Pendant l'année 1888-1889, il présida les réunions cliniques hebdomadaires des médecins de Saint-Louis; plus tard il fut élu deux ans de suite président de la Société de dermatologie. Le fauteuil de la présidence devait après lui passer à Vidal; malheureusement celui-ci

nous fut enlevé avant d'avoir pu y prendre place.

Secrétaire général de la Société médicale pendant près de 10 ans, Ch. Lailler en fut successivement vice-président en 1873 et président en 1874.

Pendant cette longue carrière si bien remplie à tant de points de vue, notre maître a peu écrit, peu publié. Très assidu aux séances de la Société médicale des hôpitaux, et, plus tard, de la Société de dermatologie, il y a très souvent pris la parole; mais ses publications régulières, spontanées, sont relativement peu nombreuses. On en trouvera la liste à la suite de cette notice.

En même temps que sa bibliothèque, il a légué à l'hôpital Saint-Louis une collection considérable d'observations recueillies sous sa direction et annotées de sa main. Les travailleurs de la dermatologie trouveront là une source abondante de documents de bon aloi; ils y trouveront entre autres choses la description des diverses périodes des maladies à longue évolution, écrite à des mois et des années de distance, à chaque séjour nouveau du malade; ils y rencontreront encore la description et l'histoire de cas dermatologiques figurant parmi les moulages du Musée.

Chaque année, M. Lailler faisait une série de leçons cliniques; il y insistait surtout sur le diagnostic, les indications thérapeutiques et la manière de les remplir.

Quelques-unes de ces leçons ont été recueillies par P. Cuffer et publiées en 1877 dans la France médicale.

D'autres qui avaient pour sujet un groupe d'affections que M. Lail-

ANN. DE DERMAT. - 3º sie. T. 1V.

ler a étudiées avec prédilection, ont été rédigées par L. Landouzy, elles ont pour titre: Leçons cliniques sur les teignes, elles ont paru dans le *Progrès médical* de 1876-1877. C'était là une question que M. Lailler connaissait admirablement, et on y trouve un tableau clinique et une étude diagnostique très exacts de ces maladies.

A citer sur le même sujet une communication sur le traitement de

la teigne à la Société médicale des hôpitaux, en 1875.

C'est ici le lieu de rappeler que M. Lailler a été le premier à attirer l'attention sur certaines alopécies cicatricielles dont on a décrit dans ces dernières années une série de variétés. Pour sa part il a nettement distingué l'acné décalvante, dont la première mention se trouve dans la thèse de son élève Courrèges (1874). Une étude plus complète a été faite en 1889 par Paul Melchior Robert dans son service, sur le même sujet (Thèse de Paris, 1889).

En 1869, M. Lailler donnait aux Annales de dermatologie un travail sur la nature et le traitement de l'ichtyose. Il y démontre que la xérodermie de Wilson et de Hutchinson est en réalité une variété atténuée d'ichtyose; que par contre l'ichtyose sébacée appartient à une autre série morbide; enfin il propose un traitement de l'ichtyose par des bains savonneux répétés et des onctions glycérinées, qui représente ce qu'on peut faire de mieux contre cette infirmité cutanée.

Pour terminer, je citerai un travail sur la lymphangite gommeuse, lu à la Société médicale des hôpitaux. M. Lailler admettait que les gommes peuvent se développer sur le trajet des lymphatiques. Vous savez qu'il admettait aussi, aux membres inférieurs, l'existence d'une lésion constituée par des varices lymphatiques; on trouvera, au Musée, des moulages de cette singulière affection qui paraît représenter en tout cas un type anatomique et clinique particulier.

Si l'on jugeait l'œuvre de notre regretté président, exclusivement par ses trop rares publications, on n'aurait de son influence sur la dermatologie, sur la thérapeutique cutanée et sur la vitalité du centre scientifique représenté par l'hôpital Saint-Louis qu'une idée très

incomplète et tout à fait insuffisante.

Écrire était peu son affaire. Et puis il avait une modestie très grande, une réserve excessive qui l'empêchaient de se mettre en avant. Jamais il ne trouvait suffisant ce qu'il avait fait. La timidité dans l'affirmation était un des traits caractéristiques de cet homme qui avait tant vu, tant appris par l'observation des malades et par ses lectures. Du reste, c'était chez lui à la fois pudeur naturelle, respect de soi-même et des autres, et système philosophique. Il terminait en effet une leçon d'ouverture par cette déclaration : « Il y a un doute stérile, c'est celui qui nie; il y a un doute fécond, c'est celui qui examine, vérifie et ne cède qu'à l'évidence: c'est celui que je vous conseille; tant qu'on

doute, on est sur ses gardes, on reste plus clairvoyant pour saisir les nuances qui échappent aux esprits prévenus, on se laisse moins facilement séduire par l'entraînement d'une doctrine, et quand enfin on se fait une conviction on a quelque chance de la garder plus longtemps. Douter, c'est ne pas conclure trop tôt, ne pas espérer trop tôt,

ne pas désespérer trop tôt. »

Tout en publiant fort peu, Ch. Lailler a eu une insluence marquée sur le mouvement de la thérapeutique cutanée. Par système autant que par tendance naturelle, il préférait l'intervention manuelle, directe, aux savantes spéculations qui avaient mené ses prédécesseurs surtout à la médication générale. Il pansait lui-même beaucoup de ses malades, il intervenait volontiers localement par des moyens chimiques et physiques; il faisait une active petite chirurgie de la peau. Par son exemple personnel, il sut montrer aux médecins qu'il ne fallait pas craindre de toucher aux lésions dermatologiques, et que le traitement externe donnait plus de succès que le traitement interne dans la plupart des cas. En cela, affirme M. E. Besnier, témoin oculaire, et bou juge en la matière, il a rendu à la thérapeutique un éminent service.

Cela était du reste tout à fait dans son tempérament; il était avant tout homme d'action et l'action thérapeutique était son grand souci. Il a passé sa vie à essayer des médications nouvelles, et surtout des médications externes; dans leur application, il faisait toujours preuve d'ingéniosité. Bien des méthodes topiques actuellement classiques et d'usage courant ont été éprouvées et consacrées par lui.

C'est ainsi qu'il fut l'un des premiers à essayer et à réglementer l'usage de l'enveloppement caoutchouté proposé par Colson, de Beau-

vais.

Il maniait le chlorure de zinc d'une façon très habile et très personnelle ; il l'employait tantôt en déliquescence, tantôt sous forme de

pâte et de flèches de Canquoin.

Les flèches de Canquoin lui servaient à traiter les adénites scrofuleuses avec trajets fistuleux. Dans chacun de ces trajets, il enfonçait une flèche taillée avec soin qu'il laissait à demeure jusqu'à sa chute. Le procédé était assez douloureux, mais les résultats éloignés étaient excellents et il obtenait ainsi des cicatrices régulières, linéaires telles que les eût souhaitées le chirurgien le plus habile et le plus difficile. C'était là, remarquez-le, traiter des tuberculoses locales, et transformer les tissus morbides en tissus cicatriciels.

Le chlorure de zinc en déliquescence lui servait pour toucher et modifier les ulcérations phagédéniques de diverses natures, mais surtout les ulcérations syphilitiques tertiaires. Ici encore les résultats étaient excellents; ce moyen ne doit pas tomber dans l'oubli.

On ne sait pas généralement que c'est mon regretté maître qui a

l'un des premiers en France — sinon tout à fait le premier — employé l'iodoforme. Il a reconnu ses bons effets pour la cicatrisation des chancres mous, des bubons ulcérés, des plaques muqueuses, des ulcérations syphilitiques. Il l'avait appliqué aussi au traitement de l'onyxis.

Il se servait avec beaucoup de mesure et d'à-propos du savon noir. Un mélange de savon noir, d'huile de cade et de soufre précipité en quantités égales, que je crois de son invention, lui donnait de remarquables résultats contre certaines dermites chroniques avec dégénérescences lichénoïde et papillomateuse.

Dans ces dernières années il a proposé une traumaticine formée par une solution de celluloïde dans l'acétone qui est d'un usage commode, soit comme membrane protectrice, soit comme véhicule médicamenteux.

Chemin faisant, j'ai dit que Ch. Lailler était, avant tout, l'homme du mouvement et de l'action. En vertu de la même disposition d'esprit, il aimait beaucoup mieux la représentation matérielle des choses que leur description orale ou écrite, et cela est heureux, car cela nous a valu la collection de moulages qui est une des gloires de cet hôpital.

Devergie, auquel revient l'idée première de la création d'un musée d'iconographie dermatologique, avait donné une série d'aquarelles et de planches coloriées que l'on avait reléguées dans un coin éloigné, dans un couloir désert, près de la cuisine.

Un modeleur, quelque temps attaché à S¹-Louis, avait disparu. M. Lailler, très fureteur-par nature et très persévérant, se mit en quête d'un mouleur intelligent et habile qui voulût bien essayer de se spécialiser dans la reproduction des lésions dermatologiques. Après bien des courses et des démarches inutiles, il finit par avoir la main heureuse : il découvrit M. Baretta qui, à cette époque, faisait des fruits en carton-pierre. Sans cette rencontre, sans l'intervention pressante de M. Lailler, il eût sans doute continué à en faire, et, encore, je ne sais trop, car il avoue volontiers que ses affaires étaient loin de prospérer.

M. Lailler l'amena ici, le guida dans ses premières tentatives, le réconforta dans ses heures de découragement à l'entrée de cette carrière nouvelle. M. Baretta trouva bientôt une pâte spéciale et du même coup la formule définitive de son beau talent, car elle lui permit de mettre en lumière ses remarquables qualités de coloriste.

M. Husson, directeur de l'Assistance publique, fit reconnaître administrativement l'existence du musée naissant; il lui fit attribuer une allocation annuelle, minime, mais officielle.

Aux premiers moulages donnés par Lailler et Bazin, d'autres vinrent régulièrement s'ajouter bientôt, grâce à la collaboration des médecins de cet hôpital. Au bout de quelques années, le musée grandissant se trouva à l'étroit dans le couloir où il se trouvait caché. Toujours confiant dans son avenir, M. Lailler lui donna asile dans une des salles du pavillon Bazin; il y resta dix ans, le temps de son adolescence, sous sa protection immédiate.

En 1885, la construction du bâtiment dans lequel nous sommes réunis fut décidée par l'administration. Il devait loger le service de la consultation, le musée et la bibliothèque à laquelle M. Lailler avait d'avance promis ses livres. Un nouveau déménagement et un nouveau classement furent opérés en 1888 par les soins de M. Lailler et, il ne faut pas l'oublier, de M. Feulard qui n'épargne ici ni son temps ni sa peine quand il s'agit d'œuvres d'utilité commune et du progrès de la dermatologie. D'importantes collections particulières, celles de M. le professeur Fournier, de M. Péan, de Parrot, étaient venues se juxtaposer à la collection première.

Aujourd'hui le musée est ce que vous savez, ce que vous voyez. Personne ne me contredira, j'en suis certain, si j'affirme que sans Ch. Lailler, sans sa persévérance, sa ténacité, il ne serait pas ce qu'il est aujourd'hui; sans lui nous n'aurions pas eu M. Baretta et le musée, s'il avait survécu, serait un musée comme un autre.

Vous savez quel grand et légitime succès M. Baretta et ses moulages ont eu au congrès de 1889; les étrangers ne se lassaient pas d'admirer et d'envier cette collection unique au monde. Ils l'ont comblé des plus justes éloges; ce fut pour lui un triomphe aussi éclatant que mérité, la tardive récompense d'un labeur de longue haleine que l'Assistance publique n'avait pu payer que bien maigrement.

Combien parmi nos hôtes savaient, avant d'avoir lu la préface du catalogue publié à cette époque par notre collègue M. Feulard, quelle part active Ch. Lailler, modestement assis dans quelque coin obscur, avait prise à la création et au succès de cette œuvre si importante pour la science et pour l'enseignement. Ceux qui viendront ici pour s'y instruire verront au moins par cette préface — il y a quelquefois des gens qui lisent les préfaces — ce qu'ils doivent au maître dont je suis fier de faire aujourd'hui l'éloge devant vous.

Laissez-moi vous rappeler, pour terminer, quel homme était votre président d'honneur: Vous connaissez tous sa grande modestie, sa stricte exactitude à remplir ses devoirs, sa grande philanthropie, sa scrupuleuse honnêteté.

Jamais il n'est allé au-devant des honneurs; il les a quelquefois repoussés, il ne les a jamais brigués. Il n'a guère accueilli les distinctions qui venaient à lui que lorsqu'elles lui conféraient en même temps un devoir à remplir.

Bienveillant pour les autres, sévère pour lui-même, très chevale-

resque dans sa droiture, il remplissait tous ses devoirs avec une exactitude parfaite; c'était à ce point de vue le médecin d'hôpital modèle; jamais il ne manquait un jour à venir faire consciencieusement son service.

A l'occasion, il avait su faire preuve d'un grand courage personnel. Jeune médecin, il fut envoyé dans l'Oise en mission contre le choléra. Il n'hésita pas à coucher dans une chambre et même dans un lit où venait de succomber un cholérique pour rassurer la population d'un village et lui inspirer confiance.

Pendant la derniere semaine de la Commune, il quitta sa famille et vint s'enfermer dans cet hôpital autour duquel la lutte faisait rage. Il fit tout son possible — et non sans quelque danger — pour mettre les malades à l'abri des dernières convulsions de la guerre civile. C'est là un bel exemple de dévouement civique et professionnel qu'il me reprocherait certainement d'évoquer devant vous s'il pouvait m'entendre.

Son humanité n'était pas contemplative et théorique comme celle de tant d'autres, elle était agissante. Deux choses le passionnaient surtout: l'hygiène et l'assistance publique sous toutes leurs formes.

A la Société médicale des hôpitaux, il prenait la parole avec conviction, mais, faut-il le dire? — parfois aussi avec découragement, lorsqu'il s'agissait d'obtenir une amélioration dans le fonctionnement des hôpitaux.

Promoteur de la commission des maladies régnantes, il en fut le premier rapporteur. Cette commission, vous le savez, a rendu de réels services, et l'on n'a pas oublié les remarquables bulletins qu'elle a pendant longtemps publiés, ceux surtout qu'a rédigés notre président d'aujourd'hui.

Ch. Lailler fut aussi pendant longtemps un des membres les plus actifs de la commission d'hygiène des hôpitaux.

Vous savez combien la question des teignes l'a occupé et préoccupé. Avec une admirable persévérance et une patience étonnante, il a pendant 20 ans examiné les enfants teigneux du dedans et du dehors; il a essayé contre la tondante une multitude de traitements. Malgré ses efforts la guérison ne s'obtenait que très lentement; malgré son découragement et sa fatigue il a continué la lutte jusqu'au bout. Il examinait ses malades avec un soin méticuleux; avant de laisser sortir un enfant, il explorait son cuir chevelu avec un soin extrême, à la recherche d'un cheveu cassé et cassant. C'est qu'il savait combien est difficile le diagnostic de la guérison de la tondante et qu'il redoutait de laisser un garçon ou une fillette sorti d'ici porter la contagion dans sa famille ou dans les écoles. Je puis vous affirmer que les longues séances qu'il consacrait aux teigneux l'ont beaucoup fatigué dans les dernières années qu'il a passées ici.

La tondante par elle-même n'est pas chose grave, puisqu'elle guérit spontanément à un moment donné, mais elle a un grand inconvénient social, c'est de faire exclure des écoles publiques des enfants qui, s'ils sont pauvres, ne peuvent trouver l'instruction ailleurs. Ils sont ainsi voués à une ignorance qui, de nos jours, est une grave infirmité. C'est pourquoi M. Lailler a demandé et obtenu la création de l'école des teigneux qui rend de si grands services. Il serait bon aussi que le nom du fondateur n'y fût pas oublié et que les jeunes enfants qui y passeront pussent, en apprenant à lire, épeler quelque part le nom de leur bienfaiteur.

La protection de l'enfance a du reste toujours été un des grands soucis de notre regretté président, il a été le médecin consultant d'un grand nombre d'établissements de bienfaisance, le médecin et le

vice-président de l'orphelinat de la Seine, etc.

Toute sa vie, Ch. Lailler a donné l'exemple du devoir simplement et modestement accompli; cet exemple, il a voulule donner encore après sa mort. Persuadé que la crémation a une importance très grande en hygiène, qu'il faut débarrasser les autres de ce qui reste de nous, il a voulu y être soumis. Et c'était cependant là pour lui un devoir bien difficile à accomplir, car il n'ignorait pas combien l'exécution de sa demande serait pénible à sa famille.

Mon regretté maître est mort courageusement ; jamais il n'a poussé une plainte, jamais il n'a eu une impatience. Il était déjà gravement frappé par le mal qui devait l'emporter lorsqu'il a, la-

seconde année, présidé les séances de notre Société.

Cependant il avait senti la mort venir. Elle n'est pas venue du côté où il l'attendait, mais il avait conscience d'être très sérieusement atteint, et pendant des mois il a eu la prévision de sa fin prochaine.

Il faut avoir eu comme moi le précieux avantage d'être reçu intimement dans sa maison, avoir eu l'occasion d'apprécier les qualités de cœur et d'esprit de sa femme et de ses enfants, de voir comme ce milieu est bon, cordial et uni, pour comprendre combien devait être cruelle la perspective prochaine d'une irréparable séparation.

Puissent les regrets unanimes et l'estime sans réserve de tous ceux qui ont connu cet homme de bien, dont le caractère et la figure avaient quelque chose d'antique, apporter quelque adoucissement à la douleur des siens! Ce sera l'honneur de ma vie que d'avoir été son élève

et son ami.

## ALBERT MATHIEU.

De l'œdème du larynx. Thèse de Paris, 29 juin 1848.

Un cas d'empoisonnement mercuriel par les vapeurs de cheminée. Soc. médicale, 25 septembre 1861.

Herpes zona, Union médicale, 1862, t XII, p. 59.

Syphilis communiquée par le cathétérisme de la trompe d'Eustache. Soc. médic., 14 septembre 1864.

Diagnostic de la syphilis et de la scrofule. Soc. médic. des hópitaux, 22 mars 1865.

Traitement de la gale par l'huile de pétrole. Id., 24 mai 1865.

Un fait de rage. Id., 13 septembre 1865.

Nécrose phosphorée. Id.

Note sur une stomatite entretenue et aggravée par de la poudre de cantharides. Id., 22 novembre 1872.

Notes sur les accidents graves causés par l'application d'une solution de chlorhydrate d'aniline sur les plaques de psoriasis. *Id.*, 9 mai 1873.

Traitement de la teigne. Id., 1885.

Traitement du zona par le perchlorure de fer. Journal de méd. et de chirurgie prat., nº 7, 1875.

Sur la nature et le traitement de l'ichtyose. Annales de dermatologie, p. 82, 1869.

Lymphangite gommeuse des bras. Soc. méd. des hôpitaux, 9 février 1877.

Leçons sur quelques affections cutanées, recueillies par P. Cuffer. France médicale, 1877.

Leçons cliniques sur les teignes, recueillies par L. Landouzy. Progrès médical, 1876-77.

Lupus et tuberculoses cutanées (en collaboration avec A. Mathieu). Arch. générales de médec., 1886.

Considérations générales sur le traitement des maladies de la peau. Gaz. des hópitaux, septembre 1893.

# TRAVAUX ORIGINAUX

## DE LA NATURE DES XANTHOMES

AVEC QUELQUES REMARQUES CRITIQUES SUR LA NOTION DES TUMEURS

Par le Dr Louis Török (Budapest).

#### INTRODUCTION

L'objet du travail qui va suivre est l'étude des différentes espèces du xanthome dans le but d'expliquer leur nature, de découvrir leurs rapports entre elles et de dévoiler, autant que c'est possible, la cause de leur formation.

On distingue actuellement trois espèces de xanthome: le xanthome vulgaire, le xanthome élastique et le xanthome des glycosuriques. Besnier (1) les a divisés en trois formes ou variétés: a) xanthome plan ou en plaques; b) xanthome élevé, papulo-tuberculeux et tuberculeux; et c) xanthome en tumeurs.

En réalité ces trois formes ne se trouvent pas dans le xanthome des glycosuriques qui ne se rencontre que sous la forme papulotuberculeuse (2). Cette espèce de xanthome offre en outre tant de
points spéciaux que nous avons été obligé de le séparer des autres et
de lui consacrer une étude à part. Quant au xanthome élastique, deux
cas ont été seulement publiés jusqu'à ce jour. Dans ces cas il a revêtu
la forme maculeuse ou peu élevée. Il offre beaucoup d'affinités avec
le xanthome vulgaire, mais on ne pourrait pas le juger définitivement
dans ce 'moment. Nous lui consacrons également un chapitre à part.

C'est le xanthome vulgaire que nous rencontrons sous les trois formes que Besnier a décrites. D'après sa distribution à la surface du corps on pourrait le diviser encore en deux groupes: 1) le xanthome localisé, apparaissant en une ou plusieurs taches plates ou très peu élevées, plus rarement en forme de papules et tubercules et n'atteignant qu'une seule région, le plus souvent celle des paupières; 2) le xanthome disséminé ou multiple qui revêt toutes les trois formes mentionnées et s'étend sur toute la surface du corps avec certains

<sup>(1)</sup> Pathologie et traitement des maladies de la peau, par KAPOSI. Traduction par Besnier et Doyon, 1<sup>re</sup> éd., t. II, p. 215, note 1.

<sup>(2)</sup> D'après une lettre, que je viens de recevoir, M. Pollitzer de New-York a observé un cas avec des petites tumeurs dermiques, saillantes.

lieux de prédilection cependant (genoux, coudes, paumes, plantes, doigts, nuque, etc.).

La prédilection du xanthome localisé pour les paupières est presque exclusive et on ne rencontre qu'exceptionnellement des cas dans la littérature avec une localisation sur un autre point du corps ; par exemple, un cas de Kaposi (1): homme de 35 ans, n'ayant jamais eu de jaunisse, atteint d'un xanthome plan, jaune citron, du côté droit du cou, et un cas de Crocker (2): tache jaune congénitale sur la pointe de la langue d'une petite fille de trois mois. Mais la localisation aux paupières est tellement la loi, les exceptions sont si rares qu'on a pu donner à cette forme du xanthome avec raison le nom de xanthome des paupières. Malgré cette localisation toute spéciale, offrant en quelque sorte une particularité de cette forme du xanthome, on a bientôt reconnu l'identité du processus pathologique dans cette variété et dans la variété disséminée du xanthome vulgaire. En effet, les taches du xanthome des paupières offrent le même aspect que les taches jaunes plates ou peu élevées du xanthome disséminé. Leur couleur varie dans toutes les nuances du jaune (jaune citron, jaune paille, orange, chamois, feuille morte, safrané, etc.); elles ont des bords nets, leur surface est lisse ou légèrement hérissée par de fins sillons s'entrecroisant entre eux; elles ont quelquefois un aspect comme si elles s'étaient formées par la coalescence de plusieurs taches ou simili-papules minimes; au toucher elles offrent une sensation molle, satinée, veloutée.

Toutes ces propriétés se rencontrent également dans les macules du xanthome disséminé. Il y a une analogie toute pareille entre les papules jaunes des paupières et celles du xanthome multiple. D'ailleurs on a eu l'occasion d'observer la localisation aux paupières dans des cas de xanthome disséminé et on a démontré histologiquement dans toutes les deux variétés la « cellule xanthomateuse ». Ajoutons encore qu'on a vu plusieurs cas de xanthome des paupières en connexion avec des maladies du foie, avec de l'ictère ou avec des affections qu'on a attribuées à tort ou avec raison, à des anomalies de la fonction du foie; ce qu'on a constaté également dans beaucoup de cas de xanthome disséminé. On était donc arrivé très tôt et avec raison à regarder comme identique le processus pathologique dans ces deux formes de xanthome.

Cependant quelques auteurs ont voulu séparer le xanthome juvénile du xanthome des adultes, malgré les plus grandes analogies qui existent entre les cas des deux ordres, malgré l'identité d'aspect et de l'histologie. On a voulu attribuer une autre étiologie au xanthome

<sup>(1)</sup> WIENER. Med. Wochenschrift, 1872, nº 8.

<sup>(2)</sup> Diseases of the skin, 1888, p. 376.

des adultes et une autre au xanthome juvénile. Les raisons qu'on a avancées dans ce but sont les suivantes (1):

1. Le xanthome multiple juvénile (c'est-à-dire développé avant la puberté) est probablement héréditaire et n'a aucune connexion avec des maladies du foie. Il peut être congénital.

2. Dans le xanthome multiple juvénile les paupières ne sont jamais

atteintes.

 Trois quarts des cas adultes du xanthome multiple sont associés avec la jaunisse chronique due à l'obstruction des voies biliaires.

4. Les paupières sont toujours atteintes et presque invariablement

le point de départ dans le xanthome multiple des adultes (2).

Tout d'abord il nous faut dire que c'est une chose bien difficile que de trouver une frontière nette entre le xanthome multiple des adultes et le xanthome juvénile. Nous nous en convaincrons tout à l'heure. Sur les tables, qu'on trouvera à la fin de cet article, j'ai réuni : sur la première tous les cas de xanthome juvénile; sur la seconde seulement les cas multiples observés chez des adultes. Les cas de xanthome des paupières des adultes sont trop communs et trop bien connus, de sorte que j'ai jugé superflu de les relever tous. On les a réunis d'ailleurs plusieurs fois, ou bien en publiant des cas personnels (Hutchinson) (3), ou bien en les rassemblant et les comparant entre eux pour arriver à la connaissance de leurs caractères communs.

Dans les tables j'ai noté l'âge du malade au début de sa maladie. On y voit noté des cas congénitaux, des cas qui ont débuté à l'âge de 1 an, de 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10, 14, 15, 16, 22, 23, 25, 26, 28, 31, 32, 33, 37, 38, 41, 42 et 60 ans. Le xanthome débute donc à tout âge. Où faut-il maintenant séparer les xanthomes juvéniles des xanthomes des adultes? Où faut-il ranger le cas de Lailler cité par Larraidy (n° 3 de la table des xanth. juvéniles), dans lequel le xanthome avait débuté à l'âge de 14 ans, et un autre de Carry et Lépine (n° 6, X. j.) avec début à 16 ans? Faut-il les ranger parmi les xanthomes juvéniles parce que alors il n'y avait pas encore d'ictère et de maladie de foie. Ou bien faut-il les classer parmi les xanthomes des adultes, parce que l'ictère ou la maladie de foie s'est pourtant développé cinq ans après l'apparition des lésions xanthomateuses dans le premier cas, 12 ans après dans le second. Et que faut-il faire avec le cas de Bazin (n° 2, X. j.)? Ici il s'agit d'un garçon de 16 ans chez qui le xanthome

 Report on cases of xanthome mult. brought before the Path. Soc., by S. Startins and St. Mackenzie Trans. of the Path. Soc., 1882, t. XXXIII, p. 376.

<sup>(2)</sup> Je ne m'occupe pas dans ce moment d'une raison de plus qu'on a avancée contre l'identité étiologique des xanthomes juvéniles et adultes ; c'est-à-dire qu'on a observé plusieurs fois du diabète au cours du xanthome des adultes ; puisque nous traiterons à part du xanthome des diabétiques.

<sup>(3)</sup> A clinical report on xanthome palpebrarum, etc. Medico-chirurgical trans., 1871, t. LIV, p. 181.

multiple et l'hypertrophie du foie remonte à dix années. Comment faut-il classer le cas personnel que je publie in extenso, avec le début du xanthome, de l'hypertrophie du foie et de l'ictère à 44 ans? Dans le cas de Barlow cité par Crocker (n° 21, X. j.) le xanthome a débuté à l'âge de un an et déjà le foie et la rate étaient hypertrophiés. La nature de cette hypertrophie cependant semble être différente des autres, puisqu'il est noté qu'on a trouvé des signes de syphilis héréditaire.

Quant à la localisation aux paupières, j'ai pu relever 14 cas, dont un personnel, qui ont débuté pendant l'enfance et dont un est même congénital (V. table des X. juvéniles).

Ajoutons encore qu'il existe nombre de cas de xanthome des paupières sans ictère (1), que sur 38 cas de xanthome disséminé des adultes, où il y avait des notes concernant l'état du foie et la présence de l'ictère, j'ai trouvé 12 cas sans ictère et sans hypertrophie du foie, les autres étant associés en partie avec de l'ictère seulement, d'autres avec de la jaunisse et l'hypertrophie du foie. Un cas sans ictère est douteux (premier cas d'Addison et Gull). Sur les 15 cas de notre table des xanthomes disséminés des adultes les paupières sont restées indemnes, en 23 elles étaient atteintes. Chez les autres les notes relatives à cette localisation manquèrent.

Tout ce qu'on pourrait donc dire est que la localisation aux paupières se trouve plus souvent chez les adultes, ainsi que l'hypertrophie du foie et l'ictère. Or on ne pourrait pas s'appuyer sur ces faits pour séparer ces derniers des xanthomes à évolution précoce. Mais comme nous avons pu constater que le xanthome peut se développer à tout âge et comme on a constaté une identité absolue clinique (2) et anatomique entre les formes précoces et celles à évolution retardée, on doit les réunir dans un unique groupe.

Le xanthome vulgaire circonscrit, palpébral et le xanthome vulgaire disséminé des adultes et juvénile représentent donc dans leurs trois formes (maculeuse, papulo-tuberculeuse et en tumeurs) un unique processus pathologique.

Cela étant établi, entrons maintenant dans l'étude des questions, dont nous nous sommes proposé pour but la solution.

## I. - LE XANTHOME VULGAIRE

a) Quelle est la nature du processus pathologique formant la base du xanthome vulgaire ?

C'est l'histologie des lésions xanthomateuses qui nous fournira la

- (1) Korach a trouvé 4 cas associés avec ictère sur 66.
- (2) Quant aux caractères cliniques, comp, aussi nos tables,

réponse à cette question. Je n'ai pas l'intention d'entrer ici dans tous les détails de l'anatomie du xanthome. Cela a été fait amplement et minutieusement par plusieurs auteurs. Je me bornerai à mettre en relief quelques faits seulement qui ont trait à la question qui nous occupe dans ce moment.

En examinant une coupe de xanthome plan des paupières fixé dans de l'acide osmique ou la solution de Flemming, nous sommes frappé par la présence de masses noires, de forme variée, le plus souvent rondes, fréquemment irrégulières, ayant souvent des contours finement ondulés. En examinant le bord du xanthome au niveau du tissu sain qui l'entoure, nous y trouvons des masses toujours grosses encore, mais pourvues de plusieurs allongements remplis de granulations noires fines, nous y trouvons en outre des cellules fusiformes, stelliformes, ramifiées, à noyau distinct et pleines de granules noirs très nets, d'autres ne contenant que peu de ces granulations noires mélangées avec des granulations grisâtres ou incolores, ou contenant encore des granules bruns de pigment; d'autres enfin qui ne se distinguent des cellules connectives que par leur protoplasma plus granuleux et plus abondant. Par places, on peut observer très distinctement que ces cellules, de contenu variable, sont en connexion entre elles par leurs allongements. Notre attention est donc vivement attirée par cette série de transition qui paraît exister entre les cellules connectives du derme palpébral et les masses noires qui existent dans le centre du xanthome. La coloration noire prouve que nous avons affaire à de la graisse; nous nous en pouvons convaincre du reste par des coupes fraîches de xanthome dans lesquelles nous voyons sortir des flaques de graisse des cellules et des masses centrales et sur lesquelles nous pouvons faire les réactions de la graisse. Par des coupes de xanthome durci dans l'alcool, dans lesquelles la graisse fut extraite, nous pouvons constater qu'aux masses noires centrales correspondent des cellules grosses, contenant plusieurs noyaux en distribution irrégulière. Après l'extraction de la graisse, les cellules du xanthome montrent un aspect poussiéreux, mais nous pouvons nous convaincre facilement, par des grossissements assez forts, que cet aspect n'est nullement causé par des granulations, mais qu'il est dû à un réseau protoplasmique très fin, formant des mailles rondes ou à peu près rondes. Il s'ensuit que les masses noires centrales, qui nous ont paru homogènes dans les coupes osmiquées, sont des cellules, et qu'en vérité, elles sont granuleuses, c'est-à-dire qu'elles contiennent la graisse, non pas en forme de grandes gouttes remplissant toute la cellule, ou une grande partie de son corps, mais en forme de petites gouttelettes rondes ou ovoïdes, de grandeurs différentes, mais ne variant que dans des limites assez étroites, remplissant les mailles du réseau protoplasmique. Nous venons donc de constater que le xanthome plan des paupières est constitué par une agglomération considérable de ces cellules.

Je tiens à faire ressortir de ce qui a été dit jusqu'ici qu'il existe une série de transition entre les cellules connectives normales de la paupière et les grandes cellules remplies de globules de graisse du centre du xanthome, cellules qui sont caractéristiques pour le procès xanthomateux et qu'on a appelées « cellules xanthélasmiques » ou « xanthomatiques ».

Ce qui m'a frappé d'abord en examinant les cellules de cette série de transition, c'était leur ressemblance avec les cellules du tissu adipeux en formation, — ainsi chez l'embryon, dans la vie extra-utérine, dont Flemming nous a fourni une excellente description (1). En effet les cellules intermédiaires dans la formation du tissu adipeux, qui forment les stades précoces de la cellule adipeuse développée sont identiques d'aspect avec celles qui précèdent aux cellules xanthélasmiques. Là il existe également une série de transition entre la cellule connective et la cellule adipeuse. Le développement de la cellule adipeuse a pour point de départ la cellule connective (2).

Frappé par cette analogie, j'ai envoyé quelques préparations de xanthome plan à M. le professeur Flemming qui a bien voulu confirmer mon opinion. Il m'a même prié de garder ces coupes comme bons exemples de démonstration pour la formation du tissu adipeux.

Quant aux cellules à noyaux multiples, Flemming en a décrit également dans le tissu adipeux en formation ainsi que dans l'atrophie et dans l'inflammation de ce tissu. Il a décrit enfin des granules de graisse libres, ce qu'on peut observer également dans le xanthome. Je conclus donc avoir affaire dans le xanthome avec des cellules identiques de nature avec les cellules du tissu adipeux physiologique en voie de formation.

D'autres faits survinrent pour confirmer cette manière de voir. C'était d'abord la constatation que le développement des cellules xanthomateuses débute dans le voisinage des vaisseaux. En effet, on peut constater sans difficulté aux bords des plaques xanthomateuses, là où le processus est progressif, des cellules fusiformes ou ramifiées isolées ou en groupes dans le voisinage immédiat des capillaires san-

<sup>(1)</sup> Archiv. f. mikr. Anatomie, 1870, 1871, 1876. Virch. Arch., 1872. Arch. f. Anat. ü. Phys., 1879. Voir encore Mikr. Anat. de Koelliker, t. II, p. 16; l'article de Toldt. Sitzungsberichte der Wiener Akademie, 1870, et Lehrbuch der Gewebelchre, 1877, p. 70; RANVIER. Traité technique d'histologie, 1875; Löve. Arch. f. Anat. ü. Phys., 1878, n°s 2 et 3.

<sup>(2)</sup> C'est la loi et non l'exception, comme ont prétendu Ranvier, Toldt et Loeve, Flemming a vu également de petites cellules rondes (les protoblastes de Toldt) contenant des gouttelettes de graisse; mais cela beaucoup plus rarement. En général il a pu observer les cellules fixes, fusiformes, stelliformes, ramifiées, du tissu conjonctif se remplir de plus en plus avec des granules graisseux.

guins, ou appartenant à l'adventice même d'un vaisseau plus grand dont le protoplasma renferme des granulations colorées en noir par l'acide osmique. Les cellules qui les entourent peuvent être d'aspect normal ou avoir le protoplasma un peu plus granuleux. Ces cellules correspondent aux « cellules adventicielles (adventielle Zellen) » de Flemming qui sont également le point de départ de la formation du tissu adipeux. La relation étroite entre les cellules xanthomateuses et les vaisseaux sanguins est confirmée encore par le fait que les cellules xanthomateuses invaginent pour ainsi dire les vaisseaux et que leurs traînées et groupes suivent la direction de ces derniers. Il est facile de trouver au centre de chaque « lobule » du xanthome un vaisseau, et non pas moins facile de trouver des vaisseaux, dont la paroi est formée presque uniquement par des cellules xanthomateuses. La formation des cellules xanthomateuses autour des vaisseaux, dans leur adventice même est une analogie de plus entre le tissu adipeux et le tissu xanthomateux.

Un autre fait en faveur de la susdite opinion est la constatation de cellules analogues à celles du xanthome dans le tissu adipeux développé. Or, on trouve des cellules contenant la graisse en forme de petites granulations et non pas en forme d'une unique goutte remplissant toute la cellule dans le scrotum à côté de cellules adipeuses d'aspect commun (v. Kölliker Handbüch d. Gewebelehre des Menschen, 1889, t. I, p. 166). D'après Flemming (l. c., 1871) on trouve toujours des cellules d'aspect mûriforme dans la graisse rénale des lapins et cobayes ainsi que dans le tissu adipeux des animaux engraissés (1).

J'étais donc arrivé à regarder le tissu xanthomateux comme du tissu adipeux. Pourtant, il m'était impossible de négliger un fait qui était en contradiction avec cette opinion. Ce fut l'absence complète dans le xanthome de cellules adipeuses, complètement développées, typiques, c'est-à-dire contenant la graisse en forme d'une grande boule unique. A côté des cellules mûriformes du tissu adipeux en voie de formation ou du scrotum, par exemple, on voit les cellules rondes bien connues du tissu adipeux. C'est vers cette forme de cellule que le développement des autres tend. Dans le xanthome, le développement des cellules finit avec la formation de cellules graisseuses, mûriformes. Malgré la forte analogie du tissu xanthomateux avec le tissu adipeux, il fallait donc se demander si la comparaison de ces deux tissus de la sorte que nous venons de le faire, était permise? Je crois pouvoir répondre d'une manière affirmative à cette question.

En regardant le tissu xanthomateux comme analogue à du tissu adipeux, je dus conclure que c'était le dernier stade du développement

<sup>(1)</sup> FLEMMING a constaté ces mêmes cellules dans les parties marginales de lipomes,

1116 TOROK

de la cellule adipeuse normale qui manque dans le xanthome. Je dus donc chercher les causes qu'on pourrait accuser d'empêcher leur développement complet. Or, en outre, la différence entre la cellule xanthomatique et la cellule adipeuse offerte par la forme dans laquelle elles contiennent la graisse, il y a encore une autre, et très probablement c'est celle-ci qui - entre autres - pourrait être la cause du développement incomplet de la cellule adipeuse dans le xanthome. Cette différence a trait au siège du tissu adipeux. En effet, le tissu adipeux du xanthome est hérérotopique, et c'est une hérérotopie double pour le xanthome des paupières. Physiologiquement, les paupières n'ont pas du tissu adipeux sous-cutané. Le tissu adipeux, quand il est présent, est donc hétérotopique, en général, dans les paupières. Mais il y a ici encore une autre hétérotopie. C'est le siège superficiel, intradermique, subépithélial du xanthome qu'on ne rencontre pas seulement dans les paupières, mais qu'on peut constater dans toutes les lésions xanthomateuses de forme plus ou moins élevée, c'est-àdire maculeuse ou papulo-tuberculeuse, ou en tumeurs ayant leur siège dans la peau. On peut constater cette hétérotopie du tissu adipo-xanthomateux aussi pour les autres organes; partout il affecte des strata manquants physiologiquement au tissu adipeux. C'est ainsi que le xanthome en tumeurs prend son départ des tendons des muscles, ou du périoste, ou des capsules articulaires, c'est ainsi que nous voyons la paroi interne du cœur, les parois des grands vaisseaux, le tissu subépithélial des muqueuses bronchiques, de la trachée, du larynx, du nez, des voies biliaires, la capsule de la rate devenir le siège d'altérations xanthomateuses. Par contre, les lipomes qui sont formés, comme on sait, par du tissu adipeux typique, ont pour origine - à quelques exceptions près, comme les lipomes de la pie-mère et de la dure-mère, - le tissu adipeux normal, c'est-à-dire ils sont homœotopiques.

Or, nous savons que le derme sensu strictiori et le tissu souscutané forment une couche unique constituée par des cellules fusiformes pendant les 2-3 premiers mois de la vie intra-utérine; c'est seulement après ce temps que la différenciation du tissu sous-cutané et du derme proprement dit prend place et que bientôt les premières gouttelettes de graisses deviennent visibles dans le premier, pendant que le chorion normal reste sans cellules adipeuses pendant toute la vie intra et extra-utérine. Comme il a été constaté (Flemming) que les cellules adipeuses proviennent des cellules fixes du tissu conjonctif et comme malgré l'origine commune de la couche dermique et sousdermique de la peau, le tissu adipeux ne se développe que dans ce dernier, nous nous croyons en droit de conclure que le chorion ne possède pas l'aptitude pour la formation du tissu adipeux ou, pour nous exprimer mieux, que dans le chorion les circonstances ne sont pas

favorables au développement du tissu adipeux. Pour la peau on est donc en droit d'invoquer l'hétérotopie, c'est-à-dire le siège intradermique comme cause, ou comme une cause entre autres au moins, du développement défectueux, incomplet de la cellule adipo-xanthomateuse. Avec une généralisation, que je ne crois pas trop hardie, on peut dire que l'hétérotopie (c'est-à-dire les conditions défavorables au développement du tissu adipeux dépendantes du siège) pourrait être la cause de l'absence dans le xanthome du dernier stade du développement de la cellule adipeuse, c'est-à-dire des globes adipeux dans toutes ses localisations et on ne pourrait donc pas, selon nous, invoquer cette absence comme une raison excluant notre manière de voir.

Or, il nous faut conclure que dans le xanthome vulgaire il se forme du tissu adipeux à un endroit hétérotopique et qu'il est constitué en raison même de cette hétérotopie par des cellules adipeuses à évolution interrompue incomplète.

Ici il faut que nous nous arrêtions un instant pour dire quelques mots sur l'histologie des formes papuleuses et en tumeurs. Nous avons déjà dit que l'élément le plus significatif pour le procès xanthomateux, c'est-à-dire la cellule xanthomateuse, est le même dans toutes les formes du xanthome. Dans les formes papuleuses et en tumeurs c'est donc également le tissu adipeux qui forme la base du processus pathologique. Seulement ici le tissu adipeux est souvent, et dans des degrés plus élevés, entremêlé avec du tissu fibreux simple. En outre, les cellules xanthomateuses sont plus petites, leurs groupes moins grands dans les formes non maculeuses. Ce sont là des différences d'un intérêt secondaire pour le jugement du procès. D'ailleurs ce ne sont pas des lois sans exceptions. J'ai vu des coupes d'une tumeur xanthomateuse dans laquelle se rencontraient des cellules aussi volumineuses et des groupes aussi grands que dans le xanthome plan et dans lequel le tissu fibreux ne formait que des anses minces, constituées d'une ou de quelques fibres seulement, autour des cellules xanthélasmiques, tout comme dans le xanthome plan. Souvent cependant le tissu fibreux atteint un développement notable, ainsi qu'on pourrait parler avec raison d'un fibro-xanthome, ou d'un xanthome

M. Darier a eu l'obligeance de me montrer des coupes d'un nodule de xanthome multiple où on ne voyait que de très petits îlots ou traînées de cellules dispersées çà et là dans du tissu conjonctif fibreux. Mais ce cas n'est qu'une exception. Pour les cas de xanthome où nous constatons un développement notable du tissu fibreux, il nous faut conclure que la formation du tissu fibreux s'est jointe à la formation du tissu adipeux.

b) Quelles sont les conditions qui provoquent la formation des lésions xanthomateuses.

Par la constatation seule que les lésions du xanthome vulgaire sont constituées par du tissuadipeux hétérotopique, nous sommes déjà forcé, pour expliquer leur formation, de recourir à des conditions locales ou embryonnaires. En effet, on n'observe jamais la formation ou l'hyperplasie du tissu adipeux, ailleurs que dans les couches qui en contiennent aussi, dans des conditions physiologiques et dans certains endroits de prédilection.

Ainsi les lipomes sont — à quelques exceptions près, pour lesquelles on a dû recourir à des troubles de formation embryonnaire, — homœotopiques; dans l'obésité ce ne sont également que les endroits pourvus de cellules adipeuses, déjà à l'état normal, et certains endroits de prédilection fixes, où nous voyons la formation et l'hypertrophie du tissu adipeux.

La supposition qui veut dire que le tissu adipeux du xanthome se forme du tissu connectif normal des paupières ou des autres organes atteints, — donc dans des régions qui sont normalement toujours dépourvues de tissu adipeux, — sous l'influence de causes générales quelconques, ou sous l'influence d'irritations locales, serait donc sans analogie. On a vu, il est vrai, surgir des lipomes après des traumatismes; seulement dans ces cas aussi, le point de départ était toujours le tissu adipeux normal. Encore faut-il songer, dans ces cas, à une disposition spéciale à l'hyperplasie du tissu adipeux, puisque les traumatismes du tissu adipeux sous-cutané sont journaliers et que la formation de lipomes dans ces conditions n'est que toute exceptionnelle.

Nous devons donc rejeter pour cette raison seule qu'il n'y a pas normalement du tissu adipeux dans les couches des organes atteints de xanthome, l'opinion ci-dessus et soupçonner des conditions locales, une disposition à la métamorphose adipeuse des cellules connectives par exemple. C'est pour cette raison qu'on ne peut pas employer les résultats des recherches chimiques de Quinquaud (1) dans le sens que ce sont les altérations du sang qui sont la cause de la xanthomatose, en ce que la présence d'une quantité de matière grasse, qui est six fois plus grande qu'à l'état normal, produirait la prolifération et la transformation adipeuse des cellules connectives. C'est pour la même raison qu'il faut rejeter l'opinion qui accuse l'ictère ou les maladies du foie de produire les lésions xanthomateuses. Nous savons, du reste, qu'il y a nombre de cas de xanthome localisé, de xanthome juvénile

<sup>(1)</sup> Société elinique, 1878.

et de xanthome des adultes qui se sont développés malgré l'absence complète des maladies du foie et de l'ictère.

Mais il y a beaucoup de faits qui parlent en faveur de la supposition que les lésions xanthomateuses sont produites par des causes embryonnaires et locales. Ce sont d'abord les observations qui se rapportent à l'hérédité, à la congénitalité, à l'évolution précoce du xanthome.

Il y a un assez grand nombre de cas où le xanthome était congénital (Barlow, Stephen, Mackenzie, Crocker), ou qu'il se développait pendant les premiers mois (Carry, Eichhoff, Crocker), ou les premières années (Colcott Fox, Startin, Köbner, Barlow-Crocker, Lehzen et Knauss, Schistakow) de la vie.

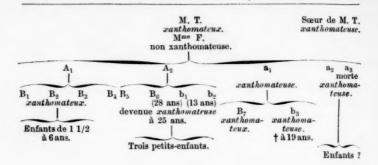
Voici maintenant les observations du xanthome apparaissant dans plusieurs générations ou chez plusieurs membres de la même génération. Jany (Sitzungsberichte der schlesisch. vatert. ges. Iuli, 1868) l'a constaté aux paupières des deux sœurs et de leur mère. Wilks et Bright (cité par Hilton Fagge, 1873) ont observé le xanthome plan des paupières chez une mère et sa fille. Dans ce cas il a été dit que le xanthome des paupières a apparu dans quatre générations successives. Puis le cas 28, de la table synoptique de Hutchinson (l. c., 1871): grand'mère paternelle et petite-fille atteinte du xanthome plan des paupières; de même les cas 32 et 33 du même auteur, deux frères atteints de xanthome plan des paupières. Les observations suivantes, l'une de Church, l'autre personnelle, ont une valeur probante. Voici d'abord la table généalogique de la famille atteinte de xanthome plan des paupières, publiée par Church (St-Hew's, Bartholome, hosp. reports, t. X, p. 65, 1874).

M. et Mme .... Etat des paupières inconnu. A  $\mathbf{A}_2$ xanthomateux wanthoma- $B_4$  $b_{12}$ b11 teuse. b<sub>1</sub> b<sub>2</sub> xant homateuse.  $B_3$ Les enfants  $b_3$ xanthomateuse. exempts de xanthome.  $\mathbf{b}_b$ bg  $\mathbf{B}_{1}$  $b_6$ xanthomateuse.

Je n'ai pas copié toute la table de Church qui a encore observé deux générations (C et D) de la famille qui étaient cependant exempts de xanthome. Les lettres A, ... B, ... représentent le sexe masculin, a, ..., b, ... le sexe féminin.

Voici maintenant la table généalogique de la famille atteinte de xanthome des paupières que j'ai eu l'occasion d'observer :

1120 токок



J'ai vu personnellement deux membres de cette famille. Je suis bien reconnaissant à M. le D<sup>r</sup> Medvei, de Budapest, de m'en avoir fourni l'occasion. Voici l'histoire de ces deux cas:

1) M. A. T. (B<sub>3</sub> de la table, fils de A.), âgé de 32 ans, commerçant, a toujours joui d'une santé parfaite, n'a jamais eu de jaunisse ni des douleurs hépatiques. Digestion parfaite. Les taches de xanthome ont commencé d'apparaître quand il avait 18 ans, peut-être même plus tôt, puisque ce sont d'autres personnes qui les ont aperçues et y ont attiré son attention. Elles ont apparu d'abord symétriquement sur les deux angles internes des paupières; plus tard des taches également symétriques se sont établies synchroniquement aux angles externes. Actuellement on voit des taches de l'étendue d'un petit pois jusqu'à la longueur de 20 millim, et la largeur de 4-5 millim, à contours irréguliers, très peu élevées et légèrement sillonnées, couleur de beurre foncé et offrant au toucher la sensation de soie molle. Elles siègent aux deux angles palpébraux des deux côtés, la moitié interne des paupières inférieures et la partie médiane de la paupière supérieure gauche (deux petites taches).

2) M<sup>me</sup> L. J. (B fille de A<sub>2</sub> de la table), 28 ans, mère de trois enfants sains, de taille petite, mince, nerveuse, a joui d'une bonne santé jusqu'à sa troisième couche. Après celle-là, il y a 3 ans 1/2, elle a été atteinte de jaunisse, qui a persisté depuis ce moment avec une intensité variable et se calme à l'usage de l'eau de Karlsbad et des purgatifs. Elle souffre d'un prurit intense avec urticaire. Elle a souvent des crampes d'estomac. Son foie a notablement augmenté de volume, de sorte qu'elle ne peut plus fermer ses vieilles robes, mais il n'est pas et n'a pas été douloureux. Ictère léger. Elle croit que les taches jaunes lui sont survenues avec l'ictère, mais elle n'en est pas toute sûre. Il paraît qu'on ne prit pas grande attention dans leur famille à ces taches jaunes, quand elles sont de petit volume, puisque M<sup>me</sup> L. J. n'a pas remarqué les xanthomes de son cousin, M. A. T., que quand ils étaient d'étendue fort développée. Les altérations sont venues symétriquement sur les deux côtés. Actuellement on voit plusieurs taches de xanthome plan sur les paupières; elles sont identiques d'aspect avec

celles de M. A. T. et disposées de la manière suivante : un ruban de 5 millim. de largeur et à bords nets tout le long du bord des paupières supérieures ; vers les angles internes des paupières deux taches symétriques qui s'étendent vers le dos du nez et en haut ; celle du côté droit a la grandeur d'un pois, la gauche est trois fois plus grande. Enfin une tache de 1 centim. 1/2 de longueur et 1/2 centim. de largeur dans le sillon nasopalpébral. M<sup>me</sup> L. J. nous affirme que ses deux tantes (a 1, et a 2 de la table) auraient eu la digestion mauvaise et que l'une d'elles aurait eu une maladie du foie et de l'ictère.

M. A. T. se rappelle que son grand-père (M. T. de la table généalogique) ne portait pas seulement des taches planes comme lui, mais aussi « une verrue jaune » à l'angle palpébral interne du côté droit. Il prétend que les xanthomes d'une de ses tantes furent aussi un peu verruqueux.

Voici donc trois générations de xanthomateux. Il faut noter encore le développement relativement précoce des altérations, ce qui n'a pas été observé par Church; vers l'âge de la puberté chez B<sub>3</sub> et b<sub>3</sub>, pendant les premières années de la vingtaine chez b<sub>4</sub>. D'ailleurs M. A. T. m'a dit que les taches jaunes se développent dans la famille en général vers la puberté, de sorte qu'il n'est pas encore sûr que ses enfants n'en auront pas plus tard. Ce qui est encore à noter dans notre observation, c'est la maladie du foie (augmentation avec ictère) chez deux membres du sexe féminin de la famille; cela n'est également pas arrivé dans la famille dont Church a publié la généalogie.

Les faits relatés jusqu'ici ont trait au xanthome localisé aux paupières. Voici maintenant quelques-uns qui se rapportent au xanthome disséminé (v. les détails dans nos tables): obs. de Startin: sœur et rère; St. Mackenzie: deux frères et une sœur; Poensgen-Ehrmann: deux frères et deux cousins atteints de xanthome multiple pendant l'enfance; Hyde, xanthome multiple juvénile avec xanthome des paupières de la mère; Köbner, cas juvénile avec xanthome palpébral du père; Hutchinson, cas d'un adulte, dont le père et la grand'mère paternelle atteints de xanthome palbébral; enfin l'observation de Eichhoff, cas juvénile, dont le bisaïeul atteint de xanthome multiple maculeux.

D'autres faits parlent aussi en faveur de l'origine congénitale; ils sont relatifs à la coexistence des altérations xanthomateuses avec des lésions d'origine embryonnaire. Ainsi dans le cas de Köbner le xanthome se développe dans des nævi angiomateux; dans le cas de Chambard et Gouillaud (1) c'est également une « tumeur » congénitale, un molluscum fibreux, dans lequel on a constaté des altérations xanthomateuses à côté de la formation du tissu myomateux; enfin je crois ne pas me tromper en regardant le cas de Virchow (2)

<sup>(1)</sup> Annales de derm. et syph., 1883.

<sup>(2)</sup> Virch. Arch., 1871, t. 52.

1122 тогок

comme un cas de nævus pigmenté àvec altérations xanthomateuses. La description histologique ne correspond pas — il est vrai — à cette supposition, mais les planches, la coloration brunâtre des lésions nous suggèrent cette idée. On a choisi peut-être des parties ne montrant que des lésions xanthomateuses pour l'examen microscopique. Le cas de Hardaway (v. nº 31 de la table des xanthomes des adultes) permet, à mon avis, une interprétation analogue. La distribution « zostériforme » sur le côté du tronc se prête aisément en comparaison avec les nævi linéaires.

Les dernières observations que nous venons d'examiner, notamment la coexistence du xanthome avec des nævi vasculaires et fibromyomateux, nous conduisent en même temps à supposer des conditions locales pour la formation du xanthome. Or, il y a aussi des raisons d'analogie pour cette supposition. En effet, nous voyons que certaines altérations pathologiques composées, comme le xanthome. par des éléments identiques de nature aux éléments des tissus normaux, ne représentent qu'une hyperplasie circonscrite de ces éléments et sont causées par des conditions locales. Ainsi les loupes se forment en conséquence de l'inclusion des parties de l'épiderme et du derme dans la profondeur de la peau (voir les travaux de Franke, Arch. de Langenbeck, t. 34, p. 536; Chiari, Congrès international de Berlin; Török, Monatshefte f. prakt. Dermat., t. XII, 1891); l'épithéliome kystique bénin (hydradénome) se forme par la réclusion de cellules épidermiques, peut-être de celles des glandes sudoripares en voie de formation, dans le corium (voir les travaux de Darier, Jacquet, Török, Quinquaud, Philippson et Brooke); les nævi endothéliaux par la multiplication des cellules connectives fixes, forment l'endothélium des espaces lymphatiques; le molluscum fibreux par l'hyperplasie de différentes couches connectives de la peau; les lymphangiomes par l'hyperplasie des angioblastes (v. l'article Lymphangioma circumscriptum par Noyes et Török. Monatshefte für prakt. Derm., 1890, t. XI, nºs 2 et 3), le myôme par la multiplication des cellules musculaires de la peau ou des autres organes atteints.

Ce sont donc ici des conditions locales, l'hyperactivité proliférative des éléments de ce tissu qui est le point de départ de la formation des susdites anomalies.

Or, il existe une analogie complète entre la nature des altérations du xanthome et celle des anomalies que nous venons d'énumérer. Nos recherches histologiques ne nous ont révélé dans le xanthome nul procès irritatif; pas d'« inflammation », pas de dégénération, pas de nécrose. Nous avons pu constater seulement une augmentation du nombre des cellules fixes se transformant en cellules adipeuses, dont les noyaux multiples étaient aussi les indices du procès prolifératif, ainsi que quelques mitoses que j'ai rencontrées dans quelques cellules

contenant des gouttelettes de graisse; dans d'autres cas, ces altérations jointes à de la fibromatose.

Je crois donc qu'on est dans le droit de formuler les conclusions de

ce qui précède de la manière suivante :

1º Ce sont des circonstances qui entrent en jeu pendant la formation de l'organisme qui sont la cause du développement des lésions xanthomateuses.

2º Le xanthome se forme par l'hyperactivité proliférative de

cellules aptes à la transformation adipeuse.

Par nos recherches, nous nous sommes en même temps mis en possession de faits qui nous permettent de choisir une des deux opinions qui s'opposent même aujourd'hui à l'égard de la formation du tissu adipeux, pour expliquer la formation du tissu adipo-xanthomateux. En effet, nous savons que Flemming prétend que le tissu adipeux se forme des cellules connectives vulgaires, pendant que Toldt et Lœwe attribuent au tissu adipeux une spécificité absolue et le font provenir de cellules spéciales.

Or, nous avons constaté des faits qui parlent en faveur de la formation des cellules xanthomateuses, des cellules connectives vulgaires,

et non pas de cellules spéciales, « lipoblastes ».

Si le xanthome provenait de germes lipoblastes égarés, il aurait une croissance concentrique, c'est-à-dire son évolution aurait pour point de départ un ou plusieurs centres cellulaires et son volume augmenterait par la multiplication de ces cellules et de leurs descendants, en débusquant, mais non pas en infiltrant le voisinage. Maintenant, il n'est pas à nier qu'on rencontre ce mode de formation aussi dans le xanthome. C'est ainsi que les tumeurs doivent se former.

Rappelons-nous cependant que nous avons vu les cellules connectives sur les bords du xanthome se transformer en des cellules xanthomateuses, donc les cellules du voisinage prendre peu à peu part dans le procès pathologique; c'est par ce mode de progression que certaines formes de xanthome gagnent successivement de surface en s'étendant du point de leur apparition vers leur voisinage; c'est ainsi que le xanthome plan envahit peu à peu la presque totalité des paupières; rappelons-nous, en outre, des formes infiltratives du xanthome qu'on a décrites particulièrement dans la paroi des vaisseaux et dans lesquelles le xanthome suit le même cours d'évolution. Constatons encore que nous n'avons jamais pu trouver des cellules d'aspect spécial, que Toldt, Ranvier et Loewe ont accusé comme les cellules mères des cellules adipeuses, dans les parties les plus jeunes du xanthome ; qu'ici, nous avons toujours constaté - comme d'ailleurs d'autres auteurs (Touton, Knauss), - des transitions entre les cellules connectives fusiformes, ramifiées, et les cellules xanthomateuses.

Tout cela parle en faveur de la supposition, qui correspond à l'opi-

nion de Flemming, c'est-à-dire en faveur de la transformation de cellules connectives vulgaires et non pas de cellules spéciales « lipoblastes », en des cellules adipo-xanthomateuses.

Donc en acceptant la manière de voir de Flemming, que toute cellule connective possède la faculté de se transformer en cellule adipeuse, il nous faut invoquer pour le xanthome, à côté de l'hyperplasie de ces cellules, une disposition à leur transformation adipeuse. La cause de cette disposition nous échappe (1).

Maintenant nous sommes aussi capable de donner une explication de l'hypertrophie du foie et de l'ictère, dont nous avons encore à nous occuper puisque ces anomalies compliquent assez souvent le xanthome et particulièrement le xanthome des adultes.

Nous savons maintenant que ce n'est pas l'hypertrophie du foie ni l'ictère qui sont la cause du xanthome. Ne serait-il pas possible que l'hypertrophie du foie et avec cela l'ictère soient produits par la formation du tissu adipo-xanthomateux dans le foie? En effet, on a constaté à plusieurs réprises la présence du xanthome dans des organes internes, dans le larynx, les bronches, l'intima du cœur, les parois des vaisseaux, la surface de la rate (2), dans des kystes de l'ovaire (Malassez et Sinéty) (3) et au surplus dans le foie même. Voici par exemple le cas de William Frank Smith (nº 6, de la table X, des adultes); à l'autopsie on a constaté un foie hypertrophié rouge brunâtre, puis des taches blanches à sa surface, des foyers couleur crème dans son intérieur, des taches analogues sur la capsule de la rate. L'examen microscopique qui a décelé des cellules rondes et du tissu fibreux dans les taches est trop incomplet pour nous donner plus de certitude sur la nature de ces altérations que l'anatomie macroscopique. Dans le cas de Moxon (nº 9) on a trouvé un foie hypertrophié, finement lobulé par la cirrhose, pourvu de petits kystes à sa surface; puis la dilatation des voies bilifères pourvues de taches xanthomateuses. Obstruction du ductus hepaticus par du tissu fibromateux et des taches xanthomateuses à la surface de la rate. Dans un cas de Pye Smith (nº 15) on a constaté le xanthome de la muqueuse des voies biliaires dilatées et de la surface de la rate. Ici l'examen microscopique est venu confirmer le diagnostic.

Malheureusement on n'a pas accordé assez d'attention aux altéra-

<sup>(1)</sup> Les altérations du sang constatées par Quinquaud devraient être marquées à côté de la disposition locale comme conditions aidant la transformation adipeuse des cellules connectives dans le cas que des recherches ultérieures constateraient la présence régulière de ces altérations au cours du xanthome. Et cela d'autant plus que, selon l'hypothèse de Flemming, c'est par la transfusion des matières grasses ou adipogènes du sang et par leur précipitation dans les cellules connectives que ces dernières se transforment en cellules adipeuses.

<sup>(2)</sup> Voir les tables.

<sup>(3)</sup> Arch. de Physiologie, 1879.

tions du foie, on en a négligé l'examen histologique attentif et on s'est contenté avec le diagnostic cirrhose hypertrophique du foie. Pourtant n'était-il pas probable de trouver des changements xanthomateux du foie dans les cas que je viens d'énumérer, surtout dans le cas de William Frank Smith, dans lequel on a constaté des foyers jaunes dans le tissu même du foie. Je suis convaincu que c'est seulement manque d'une méthode appropriée que la constatation de cellules múriformes, remplies de gouttelettes de graisse, n'a pas réussi dans ce cas. Nous savons que l'obstruction des voies biliaires produit une hypertrophie du tissu conjonctif intraglandulaire. Des altérations xanthomateuses des parois des voies biliaires pourraient donc produire par le fait seul de l'obstruction une cirrhose hypertrophique secondaire du foie et de l'ictère. Mais ici encore une autre question se pose. N'est-il pas possible que toute l'altération du foie ait pour base un processus identique à la formation du tissu xanthélasmique dans les autres organes. Nous savons que même dans la peau la formation de cellules xanthélasmiques peut rester au second plan et que la formation de tissu fibreux peut être prépondérante. La question de la xantho-fibromatose du foie se pose donc de soi-même et c'est sur ce point aussi que des recherches ultérieures devraient diriger leur attention. En tout cas on ne devra plus omettre de chercher l'altération xanthomateuse du foie dans des cas comme celui de Pavy et Fagge (nº 4), dans lequel on a constaté du xanthome du larvnx et de la trachée, xanthomatose (1) de l'auricule gauche, de l'aorte de l'artère pulmonaire, de l'innominée, des carotides et sous-claviculaires ; des petites nodules blanchâtres à la capsule de la rate, une striation jau nâtre légère des reins et encore de la cirrhose hypertrophique du foie.

L'observation personnelle de xanthome multiple « juvénile » que nous publions à la fin de ce travail offre un intérêt tout spécial en ce que le frère de notre malade atteint de xanthome multiple et d'hypertrophie du foie avec ictère présentait un engorgement considérab le du foie et de la rate remontant à l'âge de huit ans, tout en étant exempt de lésions xanthomateuses tégumentaires. Ne pourrait-ce pas être un cas de xanthomatose des voies biliaires, ou une xantho-fibromatose du foie devançant l'apparition du xanthome de la peau. Rappelons-nous que dans la famille des xanthomateux, dont j'ai publié plus haut la table généalogique, l'hypertrophie du foie s'est présentée deux fois. En tout cas on ne pourrait pas rejeter l'hypothèse que je viens d'émet tre pour les lésions du foie observées dans ce cas.

Mais il ne s'ensuit pas que toute altération du foie observée au

<sup>(1)</sup> Dans le texte anglais il est question d'une « athéromatose ». Mais les auteurs s'expliquent que la xanthomatose de la peau n'est qu'une athéromatose et vice versû.

cours du xanthome a trait à un procès analogue. Voici par exemple l'observation de Murchison (1), dans laquelle il s'agit d'un homme alcoolique de 41 ans, atteint de xanthome plan des paupières et d'une cirrhose hypertrophique typique (autopsie). C'est une simple coïncidence, ainsi que dans un cas de Wicham Legg (n° 13, xanthome des adultes), où l'autopsie a constaté la présence de kystes hydatiques du foie comprimant le canal hépatique.

En tout cas la conclusion nous paraît assez justifiée que c'est la localisation du procès xanthomateux dans les voies biliaires ou dans le foie qui cause l'hypertrophie du foie et par conséquence l'ictère dans nombre de cas associés avec ces altérations (2).

c) Quelle est la signification du procès xanthomateux et quelle est sa place dans le système des changements pathologiques.

D'après tout ce qui précède nous devons regarder le xanthome vulgaire comme une anomalie qui est produite sous l'influence de conditions heréditaires et congénitales par la prolifération de cellules connectives et par leur transformation en cellules adipeuses à des endroits qui sont dépourvus normalement du tissu adipeux. C'est une anomalie de formation.

D'après son anatomie et sa pathogénie le xanthome pourrait donc être appelé une tumeur bénigne et être rangé à côté du lipome. C'est ce que-Virchow a fait en l'appelant fibroma lipomatodes, après avoir réfuté, comme d'ailleurs Waldeyer, l'idée qu'il s'agissait dans le xanthome d'un procès dégénératif. D'autres auteurs ont suivi cet exemple; c'est ainsi que De Vincentiis, Poensgen, Touton, Köbner, Knauss, et Ehrmann déclarent que le xanthome est une tumeur. Quant à son origine, les opinions des auteurs sont divergentes. Pour de Vincentiis, dont l'opinion fut suivie plus tard par Knauss et en partie aussi par Touton. la cellule xanthomateuse est la cellule endo-

<sup>(1)</sup> Transact. of the path. Soc., 1869, t. XX, p. 187.

<sup>(2)</sup> Quant aux altérations du foie au cours du xanthome, je n'ai trouvé que trois auteurs qui ont émis une opinion qui a beaucoup d'analogie avec celle que je viens d'émettre. Voici tout d'abord une période de l'article Xanthome contenu dans une note de la 2° édition de la traduction française par Besnier et Doyon du traité de Kaposi (t. II, p. 312): « mais nous croyons pouvoir affirmer, qu'il existe une colique hépatique xanthomatique, des hépatites xanthomatiques...». Dans le texte de Kaposi nous lisons la période suivante: « Il me semble beaucoup plus vraisemblable, notamment en ce qui concerne la description de Murchison, que le même processus de production de nodosités peut aussi atteindre le foie et par conséquent occasionner de l'ictère. » Enfin voici textuellement ce que Hardowxy (St-Louis, Courrier of med., 1884, t. XII, n° 4) dit à ce sujet : « it wems to me plausible, that when jaundice precedes the xanthoma it is because xanthomatous lesions have been primaliry depositer in the liver ». Donc ces auteurs ont déjà pensé à des localisations du procès xanthomatique — duquel ils se sont formé une opinion toute différente de la mienne — dans le foie.

théliale des espaces lymphatiques, qui s'est transformée d'une manière particulière (Knauss) en se remplissant avec de la graisse. Ce sont donc les cellules endothéliales qui par leur prolifération forment la tumeur xanthomateuse (endothéliome adipeux de Vincentiis). Poensgen, Köbner et Ehrmann acceptent l'opinion que Waldeyer a émise dans un travail sur les cellules connectives (Arch. f. mikr. Anatomie, XI, n° 1). Selon l'avis de ces auteurs, ce sont probablement les a plasmazellen » de Waldeyer, des cellules connectives restées à l'état embryonnaire, qui — ayant la faculté de se remplir avec de la graisse — produisent par leur prolifération et métamorphose adipeuse les tumeurs xanthomateuses (lipome embryonnaire de Poensgen).

Le xanthome est donc pour tous ces auteurs une tumeur.

Je crois qu'il est préférable de ne pas appeler des anomalies comme le xanthome et les procès ayant une pathogénie analogue des « tumeurs »; et cela pour des raisons qui vont résulter d'une courte cri-

tique de la notion des tumeurs.

Je n'entrerais pas ici dans une histoire approfondie de ce qu'on a appelé « tumeurs ». Tout le monde sait qu'on a rangé des kystes dus à la rétention, des procès inflammatoires, des hématomes, des procès infectieux, etc., dans un groupe avec les tumeurs bénignes et malignes. D'après les idées émises par Cohnheim ce n'étaient que ces dernières qui méritaient de rester dans la classe des tumeurs. Lui, comme d'ailleurs Virchow, a déclaré que l'augmentation de volume seule ne pourrait pas réunir dans un groupe seulement des procès analogues. Il a reconnu en outre que la morphologie — qui a été employée par Virchow pour la classification — ne suffit pas non plus pour réunir dans un groupe seulement des procès apparentés. Il a donc cherché un nouveau lien et il a cru l'avoir trouvé dans l'étiologie.

Pour lui les tumeurs sont des hyperplasies atypiques produites par des éléments embryonnaires égarés. C'est ainsi qu'il a exclu les hyperplasies diffuses, comme par exemple l'obésité, les hyperplasies inflammatoires comme l'éléphantiasis, les hyperplasies par hyperfonction compensatoire comme l'hypertrophie du cœur, les tumeurs infectieuses (Infections-Geschwülste), etc. de ce groupe. Les procès qu'il a laissés dans le groupe ont été classés d'après leurs caractères morphologiques. Je crois qu'il faut continuer la séparation.

En effet, cliniquement, rien ne paraît plus simple que la séparation du groupe des « tumeurs » bénignes, des tumeurs malignes. L'étiologie commune que Cohnheim leur a attribuée n'est restée qu'une hypothèse; le caractère malin des unes vis-à-vis de la bénignité des autres, milite plutôt en faveur d'une différence fondamentale entre ces

deux espèces de « tumeurs ».

Regardons ces procès de plus près. Qu'est-ce que les « tumeurs »

bénignes représentent? Ce sont tout d'abord, à très peu d'exceptions près, des altérations purement locales. Elles surgissent, elles se développent sans altérer le reste de l'organisme, si ce n'est par leur siège ou par leur volume. Elles n'ont pas la faculté de « nuire » à l'organisme par une propriété quelconque qui leur serait inhérente.

Elles sont constituées par du tissu qui est très analogue, presque identique aux tissus normaux. C'est ainsi que nous y rencontrons le tissu fibreux, adipeux, cartilagineux, etc., dont le point de départ est toujours le tissu normal analogue. - J'omets, dans ce moment, les transformations qui peuvent prendre place ultérieurement dans ces tissus néoformés. - Pendant tout le cours de leur développement et de leur existence, nous ne voyons pas un autre procès essentiel à leur intérieur que la prolifération, l'hyperplasie des éléments qui sont complètement analogues à ceux qui forment les tissus normaux. Nous n'y voyons pas autre chose qu'un procès formatif analogue à celui qu'on observe dans les tissus normaux, qui est cependant exagéré ici. Étant presque toujours circonscrites, elles produisent non seulement un changement de la masse, mais aussi une altération de la forme, de l'aspect de la région atteinte; elles sont ainsi paratypiques, ce qui les sépare morphologiquement des hyperplasies diffuses, comme par exemple l'obésité. Elles sont souvent congénitales, ou produites par des causes congénitales, quelquefois héréditaires. Dans d'autres cas, elles se développent pendant la vie extra-utérine et dans toutes les périodes de la dernière. Mais puisqu'elles ne représentent jamais autre chose qu'une fonction physiologique exagérée des tissus autrement normaux, nous ne pouvons pas séparer celles qui se sont développées pendant la vie extra-utérine, des congénitales. En constatant dans toutes les deux le même procès, c'est-à-dire un excès de croissance simple, émanant purement de la fonction proliférative exagérée des tissus normaux, nous les réunissons dans le groupe des anomalies de la formation. Elles doivent donc être classées ensemble avec les différents nævi, qui ne représentent d'ailleurs que des exemples de petites tumeurs bénignes, et avec les autres anomalies de formation hyperplasique, qui reçoivent à titre juste le nom de groupe : excès de croissance. Or, les tumeurs malignes n'ont rien de commun avec celles que nous venons de décrire. Ces dernières ne sont, comme nous savons, que des anomalies purement locales. Les tumeurs malignes envahissent tôt ou tard l'organisme, et non seulement en faisant des métastases, mais aussi en causant une cachexie par la production d'un poison quelconque. Elles représentent donc une maladie. Elles proviennent des éléments des tissus normaux, mais dès le premier moment, ces éléments ont changé de caractère. Très souvent, ils ont changé morphologiquement : ils sont plus grands, leur noyau plus volumineux contient une masse de

chromatine plus considérable, un nombre plus grand de nucléoles, leur forme est plus variée; ils forment, comme on a dit, les caricatures des cellules normales. Et biologiquement, le caractère des cellules a changé également : elles ont la prolifération excessivement montée, à mitoses plus souvent irrégulières et géantes, elles infiltrent, remplacent, détruisent le voisinage ; elles sont indépendantes de l'endroit de leur naissance et continuent à vivre, à proliférer, à infiltrer les tissus, même si elles ont été transportées loin par le courant de la lymphe ou du sang; elles produisent le poison, cause de la cachexie; enfin, elles inclinent beaucoup à la dégénération. C'est une vie hâtive, pressée, et pour ainsi dire indépendante, qu'elles mènent dans l'organisme qu'elles détruisent. On peut comprendre tous ces changements de la cellule physiologique, qui la rendent nuisible à l'organisme, sous le mot : détérioration. Cette détérioration de la cellule n'est que très exceptionnellement congénitale. En général elle

est acquise; sa cause nous échappe pour le moment.

Sans entrer dans une discussion de détail qui s'offre volontiers (1) ou dans une comparaison des tumeurs malignes avec les procès infectieux, ce qui nous mènerait trop loin de notre sujet, je ne veux que tirer tout simplement la conclusion de ce que je viens d'écrire. Les tumeurs bénignes sont des anomalies de formation produites par la fonction proliférative exagérée des tissus normaux, donc des excès de croissance. Elles ne pourraient donc pas être réunies dans un groupe avec les tumeurs malignes des procès pathologiques, des maladies causées par la pullulation d'éléments détériorés de l'organisme. Ainsi l'ancien nom de groupe «tumeur» a perdu tout son contenu. Ici nous l'appliquons en le laissant pour le moment faute d'un autre aux tumeurs malignes dans un sens tout altéré. Le mot « tumeur », qui a réuni auparavant tout ce qui a produit une tuméfaction, n'est ainsi resté que l'enseigne provisoire de quelques procès pathologiques présentant des caractères tout spéciaux.

D'après tout ce qui précède nous ne pouvons donc pas appeler le xanthome une a tumeur ». Nous devons le ranger parmi les anomalies de formation dans le groupe des excès de croissance.

<sup>(1)</sup> Je ne veux qu'effleurer la question de la transformation d'une « tumeur bénigne » en « tumeur maligne ». Pour nous il s'agit dans ce cas le plus souvent d'un procès tout identique à celui qui se produit quand la tumeur maligne se développe dans les tissus physiologiques. Ce sont alors les cellules de la « tumeur bénigne » qui se transforment, qui subissent la détérioration.

I. — Table du

xantl

						rapie dd	xantl
NOM DE L'AUTEUR			SEXE, AGE	DÉBUT NOTE CONCERNANT L'HÉRÉDITÉ	FOIE, RATE ICTÈRE	AUTRES ORGANES	COULE CONSISTA SYMPTO SUBJECT
1. Virchow	1871	Virch. Arch. 1871, p. 52	Homme	Rien n'est dit du début.	-	-	Jaune by tre fon molle
2. BAZIN, LAR- RAIDY, CARRY.	1877	Thèse de Paris et Carry. An- nales de Dermato- logie, 1880.	Garçon 16 ans.	Il y a 10 années.	Ictère. Hypertro- phie du foie.	-	Coule citrine jaune ora
S. LAILLER, LAR- RAIDY	1877	Thèse de Paris.	Femme 21 ans.	A l'âge de 14 ans.	Jaunisse il y a deux ans.	-	Blanc j
4. CARRY	1879	Lyon méd., 1879, p. 225.	Jeune fille 10 ans 1/2	Première enfance, peut-être dès le sein maternel.	_	-	Jaune couleur peau no male Dure
5. COLCOTT FOX	1879	The Lancet. Nov. 8, 1879, p. 688.	Jeune fille 21 ans.	A l'âge de 12 à 18 mois, au dos.	Normal. Pas d'ictère	Murmure mitral. Rhumatisme Deux atta- ques d'urti- caire.	-
6. CARRY, LÉPINE.	1879	Lyon méd., 1879, p. 225, et Lyon méd. 1879, p. 591.	Homme 31 ans.	Il y a 15 ans.	lctère depuis trois ans. Hépatite interstitielle hypertro- phique.	-	Jaune Douleur pressio
7. Brachet et Monnard	1881	Annales de Dermato- logie et Syph. 1881, p. 658.	Homme 24 ans.	A l'âge de 10 ans.	Jamais d'ictère.	-	Jaune c au lait, d
8. DE VINCENTIIS.	1882	Movimento medico-chi- rurgico, 1873 Riunione ottalmolo- gica italiana in Padova 1882. Rivista clinica, nº 7, 1883.	Jeune fille 20 ans.	A l'âge de 5 ans.	Jamais de la jaunisse	-	Jaune i tense

COULEUR CONSISTANCE	LOCALISATION		
SYMPTOME SUBJECTIFS	MACULEUSE	PAPULEUSE, EN TUMEURS	AUTOPSIE
aune brunâ- tre fonçé ; molle.	Cornea sinistra.	Cornea dextra. Nodules disséminés surtout le corps, particulièrement dans les creux poplités.	
Couleur citrine et aune orangé	mains.	P.à la face, vers les sourcils, aux pommettes, les bras, le dos, les jambes, les genoux.	
Blanc jau- nâtre.		sur les paumes, sur les arti- t phalanginiennes, plantes	
Jaune ou couleur de peau nor- male. Dure.	-	P. face dorsale des mains, rainure interfessière. T. niveau des malléoles int. tendons d'Achille, ten- don rotulien, olécrânon.	
	Dos, doigts, épaules, plis interdigitaux	P. aux genoux, coudes. T. partie charnue des gros orteils.	
Jaune. Douleur sur pression.	Paupières, surface interne des avant-bras, mains et scrotum.	Fesses, coudes, genoux, pa- villon de l'oreille, épaules.	
Jaune café u lait, dure	-	T. région interne et posté- rieure du poignet gauche, face dorsale du médius gauche sur la commis- sure du pouce et de l'index aux deux mains, tendon d'Achille gauche, fesse gauche.	
Jaune in- tense.	Paupières, épaules, coudes, mains.	P. coudes.	

NOM DE L'AUTEUR			SEXE, AGE	DÉBUT NOTE CONCERNANT L'HÉRÉDITÉ	FOIE, RATE ICTÈRE	AUTRES ORGANES	COULET CONSISTA SYMPTOI SUBJECT
9. STARTIN	1882	Transactions of the path. Society, 1882, p. 373	Jeune fille 5 ans 1/2	A 3 ans. Sœur du malade qui va suivre	-	-	-
10. STARTIN	Ж	»	Garçon 6 ans 1/2	Frère de la précédente.		-	-
11. STEPHEN MACKENZIE.	1882	Transactions of the path. Society,1882, p. 370	Homme d'âge moyen	Congénital, frère des deux cas qui vont suivre. Le grand- père égale- ment atteint. Deux sœurs indemnes.	-	-	-
12. STEPHEN MAC- KENZIE.	ю	30	Homme d'åge moyen	-	-	-	-
13. STEPHEN MAC- KENZIE.	)	» -	Femme	-	-	-	-
14. Poensgen	1883 et 1885	Virch Arch, 91 et 102	Garçon 12 ans 1/2	A 8 ans, aux coudes, en pa- renté (cousin) avec le cas de Poensgen ci-dessous et avec ceux d'Ehrmann.	Foie normal, Pas d'ictère	Stenosisosii arteriosi aorte. Desexostoses sur différents points, navi pigmentosi de la figure	Jaunes tumeurs avec ta jaunes. les, T. o commo cartile
15. Poensgen	>>	D	Garçon 7 ans	A 5 ans. Son frère atteint de la même maladie ainsi que deux de ses cousins (v. Ehrmann)		Petites exortoses au tibia.	Dure, leurs a pressio tumeur geant pralon, co jaune di sune projeune
16. SCHWIMMER	1883	Handbuch der Hautkrank heiten, public par Ziemsser 1883		-	normal	-	

7	COULEUR	LOCALISATION I	AUTOPSIE		
RES ANTES	SYMPTOMES SUBJECTIFS	MACULEUSE			
-	-	Xanthome multiple,	paupières indemnes.		
	-	Xanthome multiple,	paupières indemnes.		
-	-	Xanthome multiple,	paupières indemnes.		
		Comme le	nwiesident		
-					
-	-	Comme les des	ux précédents.		
sis osti eriosi rtæ. costors fférents s, nævi entosi figure.	Jaunes, les tumeursroses avec taches jaunes, Mol- les, T. dures comme du cartilage,	Coudes, genoux, région du tendon d'Achille. Plus tard angle interne des paupières.	P. Bras gauche, genoudroit, creux poplités, plis en- tre le pouce et l'index. T. coudes, genoux, arti- culations métacarpopha- langiennes, dos des os métacarpaiens. Tendou d'Achille. Peau de la ré- gion de la tuberositas ossis ischii sinistri.		
s exoses au bia. mann	Dure, dou- leurs après pression des tumeurs siè- geant près du alon,couleur jaune d'ocre, aune paille, jaune rose.	berositas ossis ischii si- nistri, Paupières indem- nes.	P. Coude gauche (se transforme en tumeur en épaississant le tissu sous-cutané). Région de la spinatible. Dos de la main gauche. T. Tendon d'Achilel. Articul. métacarpo-phalangeale du pouce et du doigt du milieu gauche; sur l'articulation carpale, coudes.		
-	-		P. Coudes, fesses.		
	427	S. DE DERMAT. — 3° 81°, T. IV.		74	

NOM DE L'AUTEUR			SEXE, AGE	DĚBUT NOTE CONCERNANT L'HÉRÉDITÉ	FOIE, RATE ICTÈRE	AUTRES ORGANES	COULEUF CONSISTAN SYMPTOMI SUBJECTII
17. BARLOW	1884	Transactions of the path. Society 1884, T. XXXV, p. 405.	Garçon 6 ans et 11 mois	Congénital	-	Coloration bleue des coudes (vais- seaux dilatés) Urticaire,	Chamoi orange.
18. Еіснногг	1884	Deutsche med, Wochen- schrift, 1884, S. 53.	Fille 1 an 1/2	Depuis l'âge de 2 mois. Le bisaïeul atteint de xanthome multiple maculeux.	-	-	Jaune pai brun cla
19. Hyde	1887	Journ, of cut. and gen.urin. dis. T. V., 1887, nº 9.	Homme 20 ans	A l'âge de 10 ans. Sa mère atteinte de x plan des paupières.	Pas de ma- ladie du foie pas d'ictère.		Jaunâtr couleur e safran, u peu ros aux mair
20. Köbner	1888	Viertelj. f. Derm. u. Syphilis 1888, p. 393.	Homme 27 ans	A l'âge de deux ans par des taches rouges siégeant aux parties latérales de la poitrine, du ventre et des cuisses et à la surface antérieure des bras. Le père atteint d'un xanthome palpébral.	Normal	-	T. roug brunâtr avec piqu jaune.M. r ges angion teuses.
21. BARLOW (CROCKER).	1888	Crocker Diseases of the skin. 1888, cas non publié.	Garçon 6 ans	A un an	Foie hyper- trophié, rate hypertro- phiée.	Syphilis héréditaire.	1
22. CROCKER	1888	3)	Enfant 8 mois	A deux mois	-	-	Jaune.
23. CROCKEE	D	))	6 ans	_	-	Arthritis	Blanchâts molle.
24. CROCKER	n	»	Petite fille de 3 mois	Congénital	-	-	Jaune.

1	COULEUR	LOCALISATION		
RES	CONSISTANCE SYMPTOMES SUBJECTIFS	MACULEUSE	PAPULEUSE ET EN TUMEURS	AUTOPSIR
tion des (vais- latés) sire,	Chamois orange.	Paupières, épaules, oreilles.		
	Jaune paille brun clair.	Macules et papules sur le d flexion et d'extension), poi		
	Jaunâtre couleur de safran, un peu rose aux mains.	Près des angles internes des paupières,	Paupière sup. droite, centre de la paupière gauche sup.; surface d'extension des coudes, des genoux, de la 3° articulation mé- tacarpo - phalangienne des deux côtés et de la 4° du côté gauche.	
	T. rouge brunâtre avec piqueté jaune.M. rou- ges angioma- teuses.	Région scapulaire, partie supérieure des cuisses, cou.	Creux axillaire et son pour- tour, surface antérieure des coudes.	
ohilis litaire.	-	Paupières, figure, avant- bras.	-	
-	Jaune.	_	T. paupière infér. gauche.	
hritis	Blanchâtre molle.	Paupière droite.	-	
	Jaune,	A la pointe de la langue.	-	
			,	1

NOM DE L'AUTEUR			SEXE, AGE	DÉBUT	foie, rate ictère	AUTRES ORGANIS	COULEU CONSISTAL SYMPTOM SUBJECT!
25. Lehzen, Knauss	1889	Virch. Arch. p. 116, S. 85.	Jeune fille 11 ans.	A 4 ans aux paupières.	A eu l'icterus neonatorum. Foie normal.	Insufficien- tia valvulæ mitralis,	Jaune pa jaune se jé; moll jure. T. j ne blanc psées, du
26. LEHZEN, KNAUSS	»	-	Jeune fille 9 ans, sœur de la précédente.	A 3 ans.	N'a jamais eu d'ictère, Foie normal.	Cœur normal	Jaunâtr analogu celle de malad précéder
27. EHRMANN	1889	Ueber multi- ple symme- trische Xanthelas- men und Lipome Inaygurat. Dissertation Tübingen, 1889.	Garçon 7 ans.	A 5 ans; frère du 2° cas de Poensgen, unesœur de 4 et un frère de un an encore in- demnes ainsi que les pa- rents; deux cousins att. de la même affection.	Normal, ventre dilaté Caput me- dusæ.	-	Jaune jaune d'o T. dure
28. Pollosson	1890	Lyon mėd 1890, p. 311.	Homme.	A l'âge de 10 ans.	Normal.	Souffle systolique à la base du cœur.	
29. TSCHISTAKOW	1891	Kojenno Medic. Jour- nal, F.CLXX Février ref. Jahresbericht de Virchow et Hirsch.	Enfant 1 1/2	-	_	-	ures inc D'abor rouge, p tard jau
30. Anderson	1892		Enfant 3ans.		-		Jaune cla molle

NS	COULEUR CONSISTANCE SYMPTOMISS SUBJECTIFS	LOCALISATION	AUTOPSIR	
18		MACULEUSE	PAPULEUSE ET EN TUMEURS	AUTOPSIE
lis,	iaune paille jaune sou- é; molle ou ure. T. jau- ne blanc et osées, dures.	Paupières.	T. surface d'extension des coudes et genoux, aux mains, rainures interfes- sières. T. principalement aux articulations, p. ex. aux petites articulations des doigts (côté d'exten- sion', aux tendons d'A- chille.	Xanthome des valvules et des parois des artères pulmonaires. Xanthome de l'aorte causant une sténose dans la région de l'isthme. Obstruction presque complète de la carotis gauche par le xanthome. Taches xan- thomateuses de la mi- trale. Xanthomatose des
ormal	Jaunâtre, analogue à celle de la malade précédente.	Paupières.	Localisation analogue à celle qui a été décrite chez la malade précédente. Seulement le nombre des lésions n'est par aussi grand. Les tumeurs un peu plus petites.	artères coronaires.
	Jaune d'ocre. T. dures.	Début en forme de taches sur les fesses.	P. paupière droite supérieure. T. dermiques ou sous-dermiques à l'avant-bras droit, région trochléaire droit, tendon d'Achille.	
ffle que à se du eur.	Rosé aux genoux, aunâtre aux oudes. Infil- ration jaune au pourtour les tumeurs ures incol <sup>rea</sup>		T. aux coudes, genoux, à l'avant-bras, à la racine des doigts.	
	D'abord rouge, plus tard jaune.	Paupières indemnes.	Tête, cou, trone, extrémi- tés couverts de saillies plates.	Diagnose?
-	Jaune clair ; molle.	Paupières indemnes.	T.figure,cou,épaulese,xtré- mités. Ruban formé d'ef- florescences partant de l'oreille, passant par le menton et arrivant à l'o- reille del'autrecôté,mains et pieds, tronc indemnes.	

e				7	п. – :	Fable du	xantho
NOM DE L'AUTEUR			SEXE, AGE	DÉBUT	FOIE, RATE	AUTRES ORGANES	COULEUR, CONSISTANC SYMPTOME SUBJECTI
1.Addison et Gull		Gny's Hasp. Reports, 1851, 2° et 3° séries, t. VII, p. 265. — New Syden- ham Socie- ty's,vol. 1868, p. 265.	Femme, 24 ans.	-	-		Claire, ro
2	-	•••••	Femme, 42 ans, mère de 11 enfants.	14 mois après le début de l'ictère.	Ictère depuis 2 ans. Douleur de la région hy- pochondria- que droite.	-	Opaque ja nâtre, mo Lésions v peusensib
3	-		Femme, 33 ans, mère de six enfants.	A 31 ans.	Foie hyper- trophié, sen- sible. L'ic- tère s'est développé 1 mois avant -le début du xanthome,	-	Jaune pûl Lésions sensible
4. PAVY et FAGGE.	1866 1868	Guy's Hosp. Reports, 1866, 3° série, t. XII, 276. — Transact. of the Path. Society, 1868, vol. XIX, p. 434. — Transact. of the Path. So- ciety, 1873, vol. XXIV, p. 242.	douze enfants.	A 37 ans.	Fore hyper- trophié, dou- loureux, Ic- tère pendant trois ans avant le début du xanthome.	Murmure systolique la pointe du cœur.	Crème molle,
5. HILTON FAGGE (HABERSHON et WILLS).		Transactions of the Path. Society, 1868, T. XIX, p. 443.	Homme, 33 ans.	Il y a 1/2- 1 an environ.	Hypertro- phie du foie avec sensibi- lité. Ictère depuis un an 1 % env. Hypertroph. de la rate.	A eu la sy- philis il y 11 ans.	Jaune crè

# du xanthome des adultes.

THE REAL PROPERTY.	COULEUR,	LOCALISATION	DE LA PORME	AUTOPSIE	REMARQUES
XES	SYMPTOMES SUBJECTIFS	MACULEUSE	PAPULEUSE ET EN TUMEURS	actoris	REMARQUES
	Claire, rose.	-	P. nez, joues.	-	
1	Opaque jau- nâtre, molle. Lésions un peusensibles.	Paupières. Plis de flexion de la main et des doigts.	-	Mort 4 ans après le début de l'ictère. Pas d'autopsie.	-
	Jaune pûle, Lésions sensibles.	Paupières,paume des mains.	P. côté d'extension des articulations des doigts, d'a- bord côté droit, plus tard aussi côté gauche, coudes, genou droit, oreil- les, orteil droit. T. tendons sur l'ar- ticulation carpale, (Knuckles).	=	
mure liqueà binte sœur,	Crème; molle.	Paupières,figure,cou, dos des mains, pau- mes, palais, gen- cives.	P. bouts des doigts, dos des articulations des doigts, oreilles, épaules, coudes, côté externe des bras, fesses, genou, articulations tarsales, narines. T. tendon des articulations métacarpophalangeales, articulation de l'index droit avec le metacarpus et des doigts du milieu des deux côtés.	tose (xanthome) de l'auricule gauche, de l'aorte, de l'ar-tère pulmonaire, de l'innominée, des carotides et sous-claviculaires. Cirrhose hypertrophique du foie, Petits nodules blanchâtres à la capsule de la rate.	Le foie, la rate et les reins n'ont pas été exami- nés histologi- quement.
la sy- il y a ans.	Jaune crème.	Paupières. Palais dur (Pye-Smith).			-

	_						
NOM DE L'AUTEUR			SEXE, AGE	début	POIE, RATE	AUTRIS ORGANES	COULEUR, CONSISTANC SYMPTOME SUBJECTI
6.WILLIAM FRANK SMITH.	1869	Journal of cutaneous medicine, 1869, vol. III, p. 241.	Femme, 28 ans.	_	Ictère depuis 5 ans. Prurit.	Six fausses couches,	Jaune et blanche. Sensibilit des lésion aux doigts aux genor
7. KAPOSI	1872	Wiener med. Wochenschr, 1872, nº 8 et 9.	Femme, 40 ans.	_	Foie normal, Ictère depuis un an après le début du xanthome,	_	Couleur jaune citr
8	-	-	Homme, 24 ans.	- '	N'a jamais eu d'ictère.	-	-
9. Moxon	1873	Transac- tions of the vathol. Socie- ty, 1873, T. XXIV, p. 129.	Homme, 32 ans.	A l'âge de 31-32.	Ictère depuis 10 mois. Prurit.	_	-
10. Andrew	1874	Path. Trans., 1874, p. 259, publié par Wickham Legg.	Femme, 36 ans.	Il y a 6 mois.	Ictère depuis deux ans, Calculs bi- liaires.	-	-
11. Duckworth	1874	Barth, Reports 1874.	Homme, 40-50 ans.	- ,	Ictère.	-	-
12. TROLLOPE	1874	Brit. med. Journ., nov. 1874.	Femme, 40 ans.	-	Hypertro- phie du foie	-	-

	COULEUR,	LOCALISATION	DE LA FORME		
	SYMPTOMES SUBJECTIFS	MACULBUSE	PAPULEUSE ET EN TUMEURS	AUTOPSIR	REMARQUES
Jaune et blanche. Sensibilité des lésions aux doigts et aux genoux.		Paupières supérieures. Plis de flexion des paumes et des doigts, côté de flexion des coudes, talons, côté interne desorteils. Dos des doigts des pieds. Régions claviculaires, Genoives.	des paupières, ré- gion trochléaire et lombaire, paume des mains, dos des	Foie hypertrophié, brunâtre. Taches blanchâtres à sa surface, foyers couleur vrème dans son intérieur. Taches analogues sur la capsule de la rate (Path. Trans. 1878, t. XXVII, p. 225), en 1872.	Les foyers blan- châtres du foie composés par des cellules ron- des et par du tissu conjonctif. Il est noté que toutes les lé- sions ontété in- tercouramment moins distinc- tes.
	Couleur jaune citron.	Côté droit du cou et de la nuque. Joues.	-		-
	-	-	Papules à la racine du pénis.	- " "	_
		Paume des mains, région de l'arti- culation carpale. Paupières, oreiles, joues, dos, scro- tum, epiglottis, tra- chée.	P. dos.	Athéromatose de l'aorte. Foie hypertrophié finement lobulé par la cirrhose, pourvu de petites kystes à sa surface. Dilatation des voics bilifères pourvues de taches xanthélasmiques. Obstruction du ductus hepaticus par du tissu fibromateux épais. Taches xanthélasmiques à la surface de la rate.	
	-	Coudes, paume des mains, plante des pieds. Gencives.	P. oreilles, sourcils ailes du nez, articu- lations des doigts, coudes.	<del>-</del>	, <del>-</del>
	-	Xanthome	multiple.	-	-
	-	Xanthome	multiple.	-	_

		SEXE, AGE	début	POIE, RATE	AUTRES ORGANES	COULEUR CONSISTANO SYMPTOMI SUBJECTI
1874	cité dans l'article de PYE SMITH, 1877.	Homme, 35 ans.	_	Foie hyper- trophië. Ictère depuis un an environ.	-	Jaune.
1876	The Dublin Journal of Medical science, 1876, p. 473.	Femme, 41 ans, mère de trois enfants.	Il y a 9 mois.	Ictère depuis 3 ans. Foie hypertrophié douloureux. Obstruction des voies biliaires.	-	Crème molle.
1877	Guy's Hospi- tal Reports, 1877, 3° série, T. XXII, p. 97.	(?) ans.	-	Ictère dat, de 6 mois envir, Foie un peu hypertrophié sensible, colique hé- patique à plusieurs reprises,	-	Jaune ; b che dans paume e mains
1877	Gazette des hôpitaux, 1877, nos 114 et 118.	Homme.	-	Hypertroph, du foie, qui est doulour. Ictère depuis 15 mois.	-	Jaune
-	Thèse de Paris.	Femme, 38 ans.	inf. il y a	Coliques hépatiques,	Rhumatisme Nervosisme.	Les nod durs
1878	l' Acad. de méd., 1878, p. 1166. — GENDRE Thèse de	Homme, 42 ans.	Apparition des tubercu- les il y a trois mois.	Foie hyper- trophié. Iotère depuis 16 mois avec prurit.		Les tac jaunes, tubercu blanc j nâtre Douleun pressie comme névrom sous-cuts
	1877	larticle de PYE SMITH, 1877.  1876 The Dublin Journal of Medical science, 1876, p. 473.  1877 Guy's Hospital Reports, 1877, 3°série, T. XXII, p. 97.  1877 Gazette des hôpitaux, 1877, n°s 114 et 118.  Thèse de Paris.  1878 Bulletin de l'Acad, de méd., 1878, p. 1166. GENDRE Thèse de	1874 cité dans l'article de PYE SMITH, 1877.  1876 The Dublin Journal of Medical science, 1876, p. 473.  1877 Guy's Hospital Reports, 1877, 3° série, T. XXII, p. 97.  1877 Gazette des hôpitaux, 1877, n° 114 et 118.  — Thèse de Paris.  1878 Bulletin de l'Acad. de méd., 1878, p. 1166. — GENDRE	1874   cité dans   Farticle de PYE SMITH, 1877.   1877.   1877.   1877.   1877.   Femme, Journal of Medical science, 1876, p. 473.   Femme, tal Reports, 1877, 3° série, T. XXII, p. 97.   Femme, (?) ans.   1877   Gazette des hópitawa, 1877, nos 114 et 118.   Homme, Apparition of the Cracal de méd, 1878, p. 1166.   GENDRE Thèse de   Tans.   Tommende tubercules il y a trois mois.   1878   Gazette de méd, 1878, p. 1166.   GENDRE Thèse de   Tans.   These de   Tans.   Tans.	1874 cité dans l'article de PYE SMITH, 1877.  1876 The Dublin Journal of Medical science, 1876, p. 473.  1877 Guy's Hospital T. XXII, p. 97.  1877 Gazette des hôpitaux, 1877, nºs 114 et 118.  - Thèse de Paris.  1878 Bulletin de l'Acad. de méd, 1878, p. 1166. — GENDRE Thèse de Grands.  1878 Bulletin de l'Acad. de méd, 1878, p. 1166. — GENDRE Thèse de Grands.  1878 Prise de Sans.  1879 Garette des hôpitaux, 1877, nºs 114 et 118.  - Thèse de l'Acad. de méd, 1878, p. 1166. — GENDRE Thèse de l'Acad. de méd, 1878, p. 1166. — GENDRE Thèse de l'Acad. de mied, 1878, p. 1166. — GENDRE Thèse de l'Acad. de mied, 1878, p. 1166. — GENDRE Thèse de l'Acad. de mied, 1878, p. 1166. — GENDRE Thèse de l'Acad. de mied, 1878, p. 1166. — GENDRE Thèse de l'Acad. de mied, 1878, p. 1166. — GENDRE Thèse de l'Acad. de mied, 1878, p. 1166. — GENDRE Thèse de l'Acad. de mied, 1878, p. 1166. — GENDRE Thèse de l'Acad. de mied, 1878, p. 1166. — GENDRE Thèse de l'Acad. de mied, 1878, p. 1166. — GENDRE Thèse de l'Acad. de mied, 1878, p. 1166. — GENDRE Thèse de l'Acad. de mied, 1878, p. 1166. — GENDRE Thèse de l'Acad. de mied, 1878, p. 1166. — GENDRE Thèse de l'Acad. de mied acade a	1874 cité dans l'article de PYE SMITH, 1877.  1876 The Dublin Journal of Medical science, 1876, p. 473.  1877 Gay's Hospital T. XXIII, p. 97.  1878 Gazette des hôpitaux, 1877, n°s 114 et 118.  - Thèse de Paris.  1878 Bulletin de l'Acad. de méd, 1878, p. 1166. — GENDRE Thèse de GENDRE THÈSE THÈSE AND THÈSE AND THÈSE

	COULTUR,	LOCALISATION 1	DE LA FORME			
	CONSISTANCE, SYMPTOMES SUBJECTIFS	MACULRUSE	PAPULEUSE ET EN TUMEURS	AUTOPSIR	REMARQUES	
	Jaune.	Paupières, conjonc- tive, muqueuse buccale, langue. Paume des mains, coude gauche, oreille droite, un côté du nez, scro- tum, épaules, côté de flexion des cou- des.	-	Kystes hydatiques du foie compri- mant le ductus hépatique.	-	
	Crème ; molle.	Paupières, figure, cou,muqueuse buc- cale, gencives, pa- lais mou. Côté de flexion des extré- mités des mains, des pieds, oreilles.	-	-	-	
	Jaune ; blan- che dans la paume des mains.	Paupières. Plis de flexion des mains et des doigts.	-	Erysipèle, calculs biliaires. Dilata- tion des voies bi- liaires, xanthome de la muqueuse des voies biliaires di- latées et de la sur- face de la rate. (Exam. microsc.)		
	Jaune.	Paupières, oreil	lles, fesses, etc.	-		
smê anê,	Les nodules durs.	Paupières.	Aux métacarpiens, tendons extenseurs des 2 côtés. Une nodosité au 1er mé- tatarsien gauche.			
	Les taches jaunes, les tubercules blanc jau- nâtre. Douleurs à pression comme les névromes sous-cutanés	commissure des lèvres, gencives, plancher de la bou- che, entrée des na- rines, sous les on- gles.	Mains, front, oreilles, angle postérieur de la mâchoire inf, du côté droit, poitrine, dos, membres supérieurs épaule droite, tendon d'Achille droitmenton, racines de la verge, paumes des mains. Articul de la 1 <sup>re</sup> et 2º pha lange de l'indes gauche.	t t		

NOM DE L'AUTEUR			SEXE, AGE	DÉBUT	POIR, RATE	AUTRES ORGANES	COULEUR, CONSISTANCI SYMPTOMES SUBJECTII
19. Besnier	1878	Gazette des hôpitaux, 1878.	Homme, 60 ans.	-	Plusieurs reprises d'ic- tère depuis 1855.	-	Jaune. T. dures.
20. RINGER (Fox)	1879	Cas non publié cité par C. Fox, The Lancet, 1879, Nov. 8, p. 688.	Femme, d'âge moyen.	-	Ictère chronique.	-	1
21. CHAMBARD(Gendre).	1880	Société ana- tomique, 1878, 53, p. 468. — GENDRE, Thèse de Paris, 1880, 3° observa- tion.	Femme, 46 ans.	-	Jamais d'ic- tère.	Ataxie loco- motrice.	
22. WICKHAM Legg.	1880	Transactions of the pa- tholog. So- ciety, 1880, vol. XXXI, p. 329.	Homme, 32 ans.	6 mois après le début de l'ictère aux paupières.	Ictère depuis trois mois. Foie et rate hypertro- phiés. Prurit,	-	Manque u descriptio en détail
23. GENDRE (Hillairet).	1880	Thèse de Paris.	38 ans.	Il y a 1-2 mois. Le bouton de la cuisse il y a 5 ans.	-	Diabète sucré depuis dix <b>a</b> ns.	Jaune. Pasde sym subjecti
24. HERTZKA	1881	Berl. Klinis- che Wochen- schr., 1881, n° 39, et 1882, n° 6.	Homme, 24 ans.	A 25 ans, c'est-à-dire un an après le commen- cement de l'observat.	Hy pertro- phie du foie et de la rate. Ictère depuis 6 ans et 1/2.		Jaune, bi jaunâtre molle o dure. L dures un sensible
25. GEORGE HENRY. Fox.	1882	Archive of Dermato- logy, 1882, vol. VIII, p. 23.	Femme, 32 ans.	Il y a un an.	Normal. Pas d'ictère.		Jaune cla

M. M	COULEUR,	LOCALISATION	DE LA FORME		
128	SUBJECTIVE	MACULEUSR	PAPULEUSE ET EN TUMEURS	AUTOPSIE	REMARQUES
	Jaune. T. dures.	Nuque, cou.	T. Poignets, paumes, coudes, membres inférieurs.	<del>-</del>	
	-	Xanthome des pau	pières et des mains.	† Sans autopsie.	-
loco- e.	-	Paupières.	X. tubéreux discret simul <sup>t</sup> des noyaux de carcinome dur à la racine du sein gauche et à la jambe du même côté.	_	-
	Manque une description en détail.	Partie interne des paupières, région sacrale, côté de flexion des coudes. Plis de flexion des mains et des doigts, pénis, périnée, grand orteil gau- che.	P. paupière sup. droite, fesses, sur- face d'extension des coudes, dos de la main droite.	† pas d'autopsie.	Les taches et pa- pules de xan- thome ont mis trois ans à se dé- velopper. Puis au cours d'un an, elles ont complètement disparu, sauf celles des pau- pières.
te puis s.	Jaune. Pasde sympt. subjectif.	_	Petites élevures con- fluentes aux poi- gnets, quelques- unes à la face inté- rieure des bras et aux genoux. Une papule lenticulaire à la face post, de la cuisse gauche.	5	Malgré la pré- sence du dia- bète sucré da- tant de dix ans, ce cas ne peut pas être rangé parmi les xan- thomes diabéti- ques.
	Jaune, brun jaunâtre; molle ou dure. Les dures un peu sensibles.	Paume des mains.	P. coudes, genoux, fesses, lèvre supé- rieure, pavillons des oreilles, front, paupières.	=	F411 +
	Jaune clair, ocre.	Paume des mains, surf.antér. des poi- gnets, doigts, surf. antér. des coudes, creux axillaire.	P. coudes.	-	_

	_						
NOM DE L'AUTEUR			SEXE, AGE	DÉBUT	FOIE, RATE	AUTRES ORGANES	COULEUR, CONSISTANCE, SYMPTOMES SUBJECTIF
26. STILLER	1882	Pest. med. chir. Presse, 20-21.	Homme, 27 ans.	Il y a 5 ans.	Hypertro- phie du foie et de la rate. Ictère.	- 1	laune paille euille mort molle.
27. CAYLEY	1882	Inédit, cité dans le Report on casss of xan- thome, etc., de la Société pathol. de Londres, 1882. — Transact., T. XXXIII, p. 376.	Femme, 44 ans.	-	Ictère depuis 1-2 ans.	-	
28. KORACH	1883	Deutsches Archiv f. Klinische Medizin, T. 32, p. 339.	Femme, 25 aus.	-	Hypertro- phie du foie et de la rate. Ictère depuis 4 ans.	Prurit.	Jaune sale
29 в	))	»	Femme, 23 ans.	Début un an après le dé- veloppement de l'ictère.	phie du foie	-	-
30. SCHWIMMER	1883	Handbuch d. Haut- krankh., publié par ZIEMSSEN.	-	-	Cirrhose du foie.	-	-
31. HARDAWAY	1884	Journ of out. and gen. urin.diseases 1884, p. 363.	Homme, 44 ans.	Il y a 12 ans.	Hypertro- phie nodu- laire (foie). Ictère avec prurit. Trace de sucre dans l'urine.	-	Douleurs concomita es à éruptides lésion zostérifor mes.

	COULEUR,	LOCALISATION	DE LA FORME		
8	CONSISTANCE, SYMPTOMES SUBJECTIFS	MACULEUSE	PAPULEUSE ET EN TUMEURS	AUTOPSIE	REMARQUES
	Jaune paille, buillemorte; molle.	Paupières, nez, tem- pes, cou, nuque, tronc, bras, plis des mains et pieds, pli cruro-scrotal, angles de la bou- che, oreilles.	-	-	_
		Xanthome	multiple.		-
t.	Jaune sale.	Angles des paupières, surface antérieure des coudes, articulation de la main, paume, plis de flexion des doigts, creux poplité, articulation tibio-tarsale, plante des pieds.	naso-labiale, rég scapulaire, coudes, genoux, fesses.	-	-
	-	Angles internes des paupières, paupiè- res, figure.	-	- 1	-
	-	-	Xanthome multiple tubéreux.	-	-
	Douleurs concomitan- ces à éruption des lésions zostérifor- mes,	trone, la face et tendon: l' paraît internes ét tient at Arrangements zo	es et tumeurs sur le les extrémités, les que certains organes teints de la maladie. stériformes au côté es muqueuses égale-	-	
		1		1 4	1

NOM DE L'AUTEUR			SEXE, AGE	DÉBUT	FOIE, RATE	AUTRES ORGANES	COULEUR CONSISTAN SYMPTOMI SUBJECT
32. TOUTON	1885	Viertelj. f. Derm. u. Syphilis, 1885, p. 1.	Femme, 47 ans.	Début il y a quelques mois aux or- ganes géni- taux et autour de la bouche.		Rhumatisa articulair.	Jaune på les plu grands ja citron a centre, ro à la périp rie, dur
33. Robinson	1885	Journal of ven. and gen. urin. diseases, 1885, p. 345. — New- York derm. Society.	Femme, 40 ans.	_	N'a jamais eu d'ictère.	-	-
34. Hutchinson	1889	Transact ions of the clinical Society of London, 1889, vol. XXV, p. 241.	44 ans.	A l'âge de 26 ans, ou même avant.	-	Arthrite.	Jaunes, tumeurs couleur male, du
35. POLYAK	1889	Wiener me- dizinische Presse, 1889, n° 30.	Homme, 28 ans.	Depuis cinq mois.	Hypertro- phie du foie depuis un an 1/2, foie douloureux au toucher. Pas d'ictère	Taches pir	T. solid
36. HEBRA (Hans)	1891	Arch. f. Derm. und Syphilis, 1891, T. XXIII, p. 155.	Homme, d'âge moyen.	Ily a cinq ans.	Pas d'ictère.	-	-
37. NEUMANN	1891	1bidem.	-	-	-	-	-
38	1891	э	-		Cirrhose du foie.	-	-
			ļ				

-					_
TRES	COULEUR,	LOCALISATION	DE LA FORME	AUTOPSIE	REMARQUES
ANES	SYMPTOMES SUBJECTIFS	MACULEUSE	PAPULEUSE ET EN TUMEURS	AUTOFSIE	REMARKE
patism ulaire	Jaune pâle, les plus grands jaune citron au centre, roses à la périphé- rie, dure.	queuse bucccale,	P. Grandes lèvres, petites lèvres, ré- gion anale, men- ton, lèvre supé- rieure, nuque, cou, paupières, main et pied droits, narines	-	- 1
-	-	-	Deux grandes pla- ques sur les coudes.	-	-
hrite.	Jaunes, les tumeurs de couleur nor- male, dures.	paupières, région de l'olécrânon	Tumeurs aux coudes, aux tendons d'A- chille, aux tendons des m. triceps et crurales; dans les tendons des m. extenseurs des doigts des mains et des pieds.	-	Il émet l'opinion que ces tumeurs sont arthritiqes, ce qui n'est pas vraisemblable. Son père et sa grand'mère paternelle ont eu du xanthome palpébral.
olisme onique es pig- aires à igure.	Couleur d'o- range. T. solides.	Dos, autour d'une ci- catrice de la face antérieure de la jambe gauche et du dos du pied droit.	P. nuque, cou, dos, région lombaire, épaules, les deux côtés des coudes, côté externe du bras et des cuisses, creux poplité.	-	-
-	-	-	Xanthome tubercu- leux universel.	-	-
-	-	Xanthome	e multiple.	-	Disparition spontanée du xanthome.
-	-	Xanthome	e multiple.	Mort.	-
		ANN. DE DERMAT	- 2º 8 <sup>le</sup> T. IV.		75

NOM DE L'AUTEUR			SEXE, AGE	DÉBUT	FOIE RATE	AUTRES ORGANES	COUL: CONSIS SYMPT SUBJE
39. VIDAL	1891	Bulletin de la Société franç. de Dermatolo- gie, 2º année, 1891, p. 4.	Homme, 34 ans.	Début il y a un an.	Normal, pas d'ictère.	Insuffisance mitrale.	Forme culaire leur d jaun T. P. j rosé, j clair, d périfol laires. F ment av nouve
40. Besnier	1891	Path. et trait. des mal. de la peau, par KAPOSI, Traduction française, seconde édition, T. II, p. 325, note, 1891.	Femme, 39 ans.	Il y a environ un an.	Foie déformé. Rate hypertro- phiée. Ictère,		pouss Bianc nâtre, moi

	COULEUR CONSISTANCE SYMPTOMES SUBJECTIFS	LOCALISATION	DE LA FORME		
В		MACULEUSE	PAPULEUSE ET EN TUMEURS	AUT <b>O</b> PSIE	REMARQUES
nce	Forme mus- culaire cou- leur d'ocre jaune. T. P. jaune rosé, jaune clair, dures, périfollicu- laires. Picote- ment avec les nouvelles poussées.	Plis de la peau des doigts, dans les es- paces interdigi- taux, interphalan- giens, plis palmai- res et plis du poi- gnet.	Petits boutons à la région fessière, lombaire, aux cou- des, r. scapulaire, au pourtour de l'épine iliaque.		_
	Blanc jau- nâtre, cha- mois.	des poignets, es tronc, face interne des lèvres et au niv	élevées : paupières, lexion des mains et paces interdigitaux, des joues, bord libre eau des commissures. de la main, groupes s rotuliennes.		

				III.	— Table du	xanth
NOM DE L'AUTEUR			SEXE, AGE	DÉBUT	POIE, RATE ICTÈRE, DIABÉTE	AUT
1. BALZER	1884	Archives de Physiologie, 1884, 2° semes- tre, p. 65.	Homme, 49 ans.	Dans l'enfance.	-	Diarrhée xie. M
2. Chauffard	1889	Bulletin de la Soc. des hôp., 3° série, T. V, 1889, p. 412.	Homme, 35 ans.	En 1880.	Ictère vers 187 foie normal.	Gastrite reuse ald Indurati somme poum Anés
•						
			0	-61		

# ranthome élastique.

du

TE ABÈTI	AUTRES ANOMALIES	COULEUR CONSISTANCE SYMPTOMES SUBJECTIFS	LOCALISATIONS	BEMARQUES
	Diarrhée. Cache- xie. Mort.	Jaunâtre.	Peau de l'abdomen, surtout dans la région ombilicale, poitrine, dos, creux axil- laire, cubital, pli inguinal, creux poplité, nuque.	Autopsie : Tuberculose des poumons. Foie gras. Quel- ques taches jaunâtres à l'endocarde.
s 1872 Imail	Gastrite ulcé- reuse alcoolique Induration des sommets des poumons. Anémie.	Beurre frais, jaune chamois, douce au toucher. Beaucoup de plaques portent à leur centre un petit nodule gris (folliculaire) Apparition et disparition et disparition de plusieurs glandes inguinales, axillaires et sous-pectorales.	cale, triangles inguinaux, face inférieure de la verge, marge de l'anus, creux poplité,commissure palpébrale gauche, bord libre de la lèvre supérieure, face profonde des deux lèvres.	sive. Le malade prétend que depuis quelques semai- nes les lésions rétrocèdent. Présentation du malade à la Société des hòpitaux en octobre 1889. Dans la dis-

#### 2. - LE XANTHOME ÉLASTIQUE

Le xanthome élastique a été observé deux fois. La première observation appartient à Balzer (1), la deuxième à Chauffard.

Dans la première, il s'agit d'un homme de 49 ans, phtisique qui n'a jamais eu de jaunisse et qui porte les lésions de xanthome depuis son enfance. Ce sont des plaques de xanthome plan d'un jaune pâle, d'étendue variable (de 1 millim.) à 1 centim. et irrégulièrement distribuées. Elles sont nombreuses et un peu élevées sur le ventre, autour de l'ombilic; il y en a moins sur la poitrine et sur la surface postérieure du tronc; on les trouve en très grand nombre au cou. Sur les extrémités les plaques jaunes sont surtout abondantes au niveau des plis de flexion, creux axillaire, creux poplité, surface de flexion des coudes, aux aines. Elles sont presque totalement absentes dans les autres régions du corps.

Le malade meurt de la phtisie avec diarrhée et cachexie. A l'autopsie on constate une coloration jaune de l'oreillette droite surtout sur les colonnes charnues. Dans les ventricules droit et gauche plusieurs plaques sur les piliers et sur les colonnes charnues des parois antérieure et postérieure.

Dans le cas de Chauffard (1) il s'agit d'un homme de 35 ans, atteint de cette anomalie depuis neuf ans. Ce sont des groupes de plaques intradermiques, douces au toucher, légèrement saillantes, couleur beurre frais ou jaune chamois ; le volume des plus grosses plaques ne dépasse guère celui d'une lentille ; beaucoup de ces plaques sont perifolliculaires. Elles sont distribuées au niveau des différents plis de flexion ; la base du cou, les deux creux axillaires, les plis des coudes, la paroi abdominale antérieure, surtout dans sa partie sous-ombilicale, les deux triangles inguinaux, la face inférieure de la verge, la marge de l'anus et les deux creux poplités, à la commissure palpébrale gauche. Au niveau du bord de la lèvre supérieure et près de la ligne médiane, à la muqueuse des deux lèvres, quelques petits nodules jaunâtres.

Les lésions anatomiques sont identiques dans les deux cas. Voici ce que Darier (v. Besnier et Doyon, l. c., p. 335, xanthome élastique) a trouvé : « L'altération porte essentiellement sur le tissu élastique qui forme dans le derme, au niveau des plaques, des pelotons abondants et très riches. Ces pelotons sont confluents en nappes, par places, et entourent volontiers les follicules pilo-sébacés; ils sont formés de fibres élastiques beaucoup plus grosses que normalement et en outre cassées, fragmentées, parfois élevées dans la longueur, parfois boursouflées..... Entre ces fibres élastiques et à côté d'elles, pas d'infiltration cellulaire ». Darier a trouvé seulement « quelques rares cellules connectives infiltrées de graisse sur le pourtour de la plaque xanthomatique et notamment dans le corps papillaire ».

Sûrement ces deux observations diffèrent des cas communs du xan-

<sup>(1)</sup> Archives de Phys. norm. et path., 1884, 2º sem., p. 65.

<sup>(2)</sup> Bull. de la Soc. des hôp., 3° série, t. V, 1889, p. 412, cité par Besnier et Doyon, l.c.

thome disséminé. Ne seraient-ils pas pourtant des exemples de xanthome vulgaire. En effet, qu'est-ce que nous voyons? La localisation est différente du xanthome disséminé vulgaire, en ce que les surfaces d'extension sont restées indemnes. Mais est-ce que les endroits atteints dans ces deux cas ne sont pas aussi presque toujours envahis dans les cas vulgaires, particulièrement par la forme plane qui est l'unique dans ces deux observations. Cliniquement ces cas pourraient donc être des xanthomes plans disséminés avec localisation aux endroits de prédilection pour cette forme de xanthome. Dans les tables, où nous avons réuni tous les cas disséminés, on trouvera aisément quelques exemples de localisation insolite du xanthome vulgaire et d'autres avec localisation très analogue au xanthome élastique. Dans le cas de Barlow (nº 17 de la table des xanthomes juvéniles) il s'agit de la forme plane avec localisation seulement aux paupières, aux épaules et oreilles; dans l'observation de Köbner (nº 20) les lésions xanthomateuses sont localisées à la région scapulaire, à la partie supérieure des cuisses, au cou (forme maculeuse) et au creux axillaire et son pourtour, aupli des coudes (forme papuleuse); dans l'observation d'Anderson (nº 30) les mains, les pieds et le tronc sont restés indemnes, par contre la figure est envahie d'une manière insolite. Dans le nº 2 (table des adultes) de Addison et Gull ce sont les paupières, les plis de flexion de la main et des doigts qui sont uniquement atteints. Dans une observation de Kaposi (nº 7) le côté droit du cou, la nuque et les joues sont atteints de la forme maculeuse; dans une autre (nº 8) il n'y a que des papules à la racine du pénis. Moxon (nº 9) a publié un cas dans lequel les surfaces d'extension des grandes articulations sont restées indemnes. C'était un cas où il n'y avait des papules que sur le dos ; partout ailleurs la forme maculeuse. Les observations de Wickham Legg et de Foot (nºs 13 et 14), dans lesquelles il s'agit également de la forme maculeuse, montrent, quant à leur localisation, beaucoup de ressemblance avec le xanthome élastique.

Dans l'observation de Wickham Legg (n° 13), c'est seulement le coude gauche entre toutes les surfaces d'extension qui est atteint. Les deux cas diffèrent encore du xanthome élastique en ce que la figure et les mains et pieds sont aussi envahis. Mais n'oublions pas que dans le cas de Chauffard la paupière gauche et la muqueuse des lèvres sont également atteints.

En étudiant attentivement nos tables nous voyons que dans les cas, dans lesquels la forme maculeuse est prédominante ou uniquement présente, les surfaces d'extension sont moins atteintes ou indemnes; alors c'est dans les plis de flexion, au tronc, aux paupières aux paumes des mains et plantes des pieds, à la figure, aux muqueuses que les altérations xanthomateuses planes se localisent. Dans les deux cas de xanthome élastique ce sont justement ces endroits, à

1156 TOROK

l'exception des paumes des mains, des plantes des pieds et de la figure, qui sont atteints.

Dans l'observation de Balzer il y a en outre des altérations du système vasculaire tout analogues à celles qui ont été décrites dans quelques cas de xanthome disséminé.

Cliniquement la conclusion s'impose donc que dans ces deux cas nous pourrions avoir affaire avec la forme plane du xanthome disséminé.

Il nous reste encore à expliquer les différences histologiques. Constatons d'abord que la cellule xanthélasmique a été constatée dans les deux cas, dans un nombre très restreint, il est vrai. On a trouvé en outre des altérations des fibres élastiques, qui représentent un procès dégénératif, une désintégration. Ces fibres élastiques ne se sont pas multipliées (Balzer), elles ne sont d'abord qu'excessivement gonflées, plus tard elles se croisent, se brisent et par places on ne voit plus de fibres élastiques, mais seulement des masses granuleuses (Balzer). Opposons à ces faits : peu de cellules xanthélasmiques, procès dégénératif des fibres élastiques, le fait que le malade de Chauffard affirme que depuis quelques mois, son éruption s'atténue et rétrograde en certains points, et que celui de Balzer prétend que les lésions xanthomateuses furent plus distinctes dans sa jeunesse.

Ne serait-il pas permis alors d'attribuer ces différences vis-à-vis du xanthome vulgaire dans la composition histologique des lésions, à leur rétrocession? Une rétrocession des lésions xanthomateuses est excessivement rare, mais elle a pourtant été observée. Ainsi il a été relevé dans un cas de William Franck Smith (n° 6 X. des adultes) que les altérations xanthomateuses sont devenues moins distinctes; dans un cas de Wickham Legg (n° 22 X. des adultes, elles ont même disparu complètement au cours d'un an, à l'exception des taches palpébrales. La même chose est arrivée dans une observation de Neumann (n° 37). On a observé d'ailleurs la rétrocession et disparition chez d'autres lésions analogues, c'est-à-dire chez des excès de croissance. Ainsi par exemple chez les angiomes.

J'inclinerais donc à regarder le xanthome élastique, comme un vrai xanthome vulgaire, c'est-à-dire non pas, comme une espèce distincte du groupe xanthome. Si mon opinion est juste, il devrait être réuni dans un groupe avec les autres cas de xanthome disséminé, dont il ne représente que la variété plane en rétrocession.

Il va sans dire que c'est une simple supposition que j'émets ; n'ayant pas observé et étudié personnellement ces cas, je ne pourrais pas en juger définitivement.

(A suivre.)

### NOTIONS GÉNÉRALES SUR LES DERMATOSES

APPLICATION DE CES IDÉES AUX DIVERS TYPES MORBIDES DE LA MÉTHODE GRAPHIQUE EN DERMATOLOGIE

Par le Dr L. Brocq.

 I. — Il est impossible à l'heure actuelle de formuler une classification rationnelle des maladies de la peau.

Depuis longtemps déjà les dermatologistes poursuivent avec une ténacité digne d'un meilleur résultat le rêve de formuler une bonne classification des affections cutanées. Or il n'est pas besoin de bien longues réflexions pour se convaincre qu'à l'heure actuelle ces tentatives sont inutiles. Réclamer dès maintenant (comme l'a fait l'année dernière, au Congrès de Vienne, notre regretté et vénéré maître, M. le professeur Hardy) une classification définitive qui serait une base sûre et certaine, un point de départ précis pour les recherches ultérieures, c'est faire une pétition de principes : car une classification ne peut être complète, précise et définitive que lorsque les matières sur lesquelles elle porte sont parfaitement connues. Or, nous ne commençons qu'à soupçonner la nature de la plupart des dermatoses, et le peu que nous en savons nous fait prévoir que de bien longues recherches seront encore nécessaires avant que l'on ait épuisé ce sujet, si tant est que ce soit possible.

Dans l'état actuel de la science, toute classification est forcément entachée d'erreur. Pour le prouver d'une manière irréfutable aux quelques personnes qui conserveraient encore quelques illusions à cet égard, il nous suffira de faire remarquer que, pour être acceptable, une classification des dermatoses doit tenir compte de tous les éléments constitutifs des maladies, de leur aspect extérieur, de leur anatomie pathologique, de leur évolution, et surtout de leur nature même, c'est-à-dire de leur origine, de leur pathogénie: c'est en effet là l'élément essentiel, primordial, celui d'où découlent tous les autres. Or si l'on examine avec quelque attention les grandes dermatoses actuellement admises comme constituant des types morbides, tels que l'acné, l'eczéma, le psoriasis, etc..., on ne tarde pas à reconnaître qu'il est impossible de les classifier d'après ces principes.

Prenons l'eczéma, par exemple : en ferons-nous une éruption d'origine externe, traumatique ou parasitaire, une éruption d'origine interne, toxique aiguë, par intoxication lente de l'économie, névrosique, etc...? Les dermatoses à forme objective d'eczéma peuvent

reconnaître ces diverses causes. Les difficultés d'une classification rationnelle de ce groupe morbide semblent donc être tout à fait insolubles.

Ceci démontre jusqu'à l'évidence qu'avant d'oser formuler une classification des dermatoses, il faut d'abord briser les cadres morbides actuels et les reconstituer sur d'autres bases. L'eczéma, l'acné, et bien d'autres formes éruptives que la plupart des dermatologistes considèrent encore comme des entités morbides distinctes, ne sont très probablement, pour ne pas dire sûrement, que des aspects objectifs spéciaux pouvant être communs à divers états pathologiques.

Certes, on devra toujours les étudier soigneusement au point de vue objectif, car elles constituent parfois toute l'affection, lorsque la dermatose est d'origine purement externe. Lorsqu'elle est d'origine interne, au contraire, elles ne constituent qu'un des éléments les plus importants de la MALADIE; mais on ne peut plus les considérer comme étant la maladie elle-même, la maladie tout entière : elles n'en sont qu'un des symptômes majeurs, que l'expression au dehors du trouble pathologique.

Or, quand on s'efforce de pénétrer la pathogénie des dermatoses, on ne tarde pas à remarquer qu'il y a un élément des plus difficiles à analyser, l'idiosyncrasie des sujets, qui joue un rôle majeur dans l'apparition des lésions cutanées, et dans la détermination de leurs qualités objectives : c'est ainsi que, suivant les individus, des causes identiques peuvent produire des effets variables, et inversement des causes totalement différentes dans leur nature peuvent provoquer l'apparition d'éruptions similaires.

D'autre part, dans le cours d'une même affection les aspects objectifs, c'est-à-dire les lésions élémentaires éruptives, peuvent changer. Ces notions nouvelles sont venues bouleverser les conceptions anciennes des dermatoses.

Peut-on en effet admettre comme autrefois que ces formes éruptives à étiologie complexe dont nous venons de parler constituent réellement des entités morbides bien définies de par leur aspect objectif? Si ce principe est admis, on en voit les conséquences immédiates. Il faut dès lors diviser les dermatoses en deux groupes principaux: l'un composé de maladies à étiologie fixe, à pathogénie sûre, certaine, unique, comme la trichophytie par exemple, le favus, le pityriasis versicolor, etc....; l'autre composé d'affections bizarres, uniquement constituées en tant qu'entités morbides par leur aspect extérieur, par leur forme objective, mais dont l'étiologie n'existerait pas en quelque sorte, en ce sens qu'elle serait éminemment variable suivant les cas, en ce sens que la dermatose pourrait dépendre des causes les plus diverses: tels sont à l'heure actuelle les eczémas, les acnés, les psoriasis, les érythèmes, etc... toutes les grandes

é

d

dermatoses en un mot, qu'on a considérées jusqu'à cette époque comme étant des entités morbides vraies.

Or, nous ne croyons pas que cette opinion soit plus longtemps soutenable. Pour nous ce ne sont là que des modes spéciaux de réaction de l'organisme affecté par telle ou telle cause morbide, et qui réagit de telle ou telle manière au point de vue objectif suivant ses idiosyncrasies particulières. En somme nous pensons qu'il faut étendre à toute cette partie de la pathologie cutanée les idées de notre excellent et très honoré maître, M. le Dr E. Besnier, sur les érythèmes. Une étude nouvelle de toutes ces dermatoses au point de vue pathogénique s'impose donc : elle est même déjà commencée pour certaines d'entre elles, pour lesquelles on s'efforce de faire ce que l'on fait si heureusement en pathologie interne pour les pneumonies, les pleurésies, les bronchites, les gastro-entérites.

En dehors donc de quelques groupes morbides naturels bien constitués, et que l'on peut admettre dès maintenant comme à peu près définitifs, tels que les difformités cutanées, les dermatoses artificielles de cause externe et de cause interne, les dermatoses parasitaires d'origine animale et d'origine végétale, les dermatoses microbiennes, et certaines dermatoses d'origine nerveuse, en dehors de ces affections à origine nette et précise, nous devons pour le moment renoncer à classifier la plupart des maladies de la peau.

## II. — Les types morbides actuels sont réunis entre eux par des faits de passage.

· Il nous paraît cependant qu'il y a dès maintenant quelque chose à faire au point de vue de la conception générale des dermatoses.

Et tout d'abord, il faut reconnaître que par l'analyse minutieuse des faits, de leur étiologie, de leurs symptômes, de leur évolution, de leurs réactions thérapeutiques, on est déjà arrivé à déterminer quelques groupes morbides ayant le cachet de maladies réelles, et non plus de simples expressions objectives à pathogénie multiple. Tels sont, par exemple, la dermatite herpétiforme, le prurigo de Hébra, etc... Et c'est surtout à ces entités morbides nouvelles qui sont encore sur le chantier, un peu moins aux groupes morbides anciens, uniquement fondés sur le simple aspect des éruptions, que s'applique tout ce qui va suivre.

Jusqu'ici, dans les traités classiques de dermatologie, on s'est surtout attaché à étudier les divers types morbides admis, à préciser leurs caractères distinctifs, à les délimiter nettement, à les différencier des autres types morbides, et l'on s'estime heureux quand on a ainsi décrit des dermatoses idéales, bien distinctes entre elles ; aussi, le diagnostic différentiel des affections cutanées est-il on ne peut plus

facile dans les livres. Quelle différence quand on se trouve en présence de la réalité des faits! Que de fois est-on aux prises en pratique avec des éruptions à aspect ambigu, et sur lesquelles il est impossible de mettre une étiquette précise!

Ce que nous venons de dire plus haut à propos des dermatoses à étiologie variable permet de comprendre pourquoi on observe si souvent, dans ces formes morbides, des hybrides difficiles à classer dans tel ou tel type bien défini, et qui semblent participer de deux ou de plusieurs d'entre eux. En effet, si l'aspect éruptif dépend surtout, dans ces cas, du mode de réaction de l'organisme, mode qui varie suivant les idiosyncrasies individuelles, suivant les prédispositions héréditaires ou acquises, suivant la constitution des téguments. suivant les loci minoris resistentiæ de l'économie, etc... (voir pour plus de détails notre étiologie générale des dermatoses), il est facile de concevoir que l'on ne puisse plus décrire des groupes morbides fermés, à contours nettement arrêtés, mais bien plutôt toute une gamme d'éruptions diverses comprenant certains types plus fréquents, et, entre ces types, toute une série de formes intermédiaires.

Cette vue de l'esprit est confirmée par l'étude précise des faits cliniques. Depuis longtemps déjà, nous avons été frappé de la vérité de ce qui précède, quand nous avons voulu examiner à fond certains groupes cliniques discutés, tels que le pityriasis rubra, c'est-à-dire les éruptions généralisées rouges et desquamatives, les pemphigus, les éruptions prurigineuses. Peu à peu, nous avons reconnu qu'il est impossible de faire rentrer tous les faits cliniques se rapportant à un groupe dans un cadre morbide bien nettement défini et délimité : dans tous les groupes morbides, on trouve en effet des cas qui, tout en présentant un ensemble de caractères les rattachant surtout à un type, offrent d'autre part des particularités qui les rapprochent d'autres types morbides voisins. En somme, ce sont des hybrides, des faits de passage.

Qu'on ne s'imagine pas, d'ailleurs, que nous ayons la prétention de les avoir découverts. Bien d'autres, avant nous, les ont étudiés et en ont été fort embarrassés. Parmi les plus célèbres de ceux qui s'en sont occupés, nous devons surtout citer J. Hutchinson qui, dans ses Clinical lectures on certain rare diseases of the skin (Londres, 1879) en a souvent parlé, et a même créé des mots spéciaux pour quelques-

uns d'entre eux.

Mais il nous semble que jusqu'ici on n'y a pas attaché assez d'importance, et qu'on n'a pas essayé d'en donner une explication satisfaisante, et de les faire rentrer dans une conception générale des dermatoses. Il nous paraît utile de le tenter, et puisqu'il nous est impossible, pour le moment encore, de nous élever jusqu'à une classification définitive des affections de la peau, nous croyons devoir tout a

0

au moins nous efforcer de concevoir, sous leur aspect réel, les formes objectives qu'elles revêtent, et en particulier les quelques entités morbides vraies que l'on est déjà parvenu à constituer. C'est là le but principal de ce mémoire.

III. — Conception générale de la dermatite herpétiforme prise comme exemple.

Pour bien faire comprendre toute notre pensée, prenons un exemple, la dermatite herpétiforme, affection qui a l'avantage d'être très probablement une entité morbide vraie, d'être assez rare, et qui a été l'objet d'études nombreuses depuis quelque temps.

On trouve d'abord un certain nombre de faits comparables entre eux, avec lesquels nous avons formé un type morbide pur, notre dermatite polymorphe douloureuse chronique à poussées successives.

Tel est le pivot de la conception.

Tout autour de ce groupe central viennent se ranger des faits qui ne sont pas absolument comparables à ce type pur, mais qui présentent cependant avec lui un tel air de famille qu'on est obligé de

les placer à côté de lui.

La dermatite herpétiforme typique est une affection essentiellement chronique à poussées successives : or il y a des faits dans lesquels cette chronicité n'existe pour ainsi dire pas, et dans lesquels la maladie, au lieu de durer plusieurs années, ne dure qu'un an, que six mois, que quelques semaines. Peut-on différencier complètement ces cas de la dermatite herpétiforme typique, pour ce seul et unique motif qu'ils n'en ont pas la durée, et faut-il les rejeter complètement hors de ce cadre morbide? Nous ne le pensons pas, et c'est pour ce motif que nous avons créé nos groupes des dermatites polymorphes douloureuses subaiguës, et de nos dermatites polymorphes douloureuses aiguës, récidivantes et non récidivantes.

Nous savons bien que ce dernier groupe est un peu discutable : il a d'ailleurs été déjà critiqué, et d'éminents dermatologistes ont déclaré ne pouvoir faire rentrer dans la dermatite herpétiforme que les faits caractérisés par des poussées successives, c'est-à-dire quand il s'agit de cas à allures aiguës, par des récidives séparées par des intervalles plus ou moins grands de repos complet. Or, il suffit de réfléchir quelque peu pour voir combien est aléatoire cette condition de la récidive que l'on exige pour pouvoir déclarer qu'il s'agit bien d'une dermatite herpétiforme. En présence d'un cas aigu ayant les caractères de nos dermatites polymorphes douloureuses aiguës, sait-on s'il s'agit seulement d'une poussée unique sans récidives ultérieures, ou bien s'il s'agit d'une première attaque de la maladie, attaque qui sera suivie dans quelques semaines ou dans quelques

mois d'une ou de plusieurs autres? Exiger la récidive pour conclure à la dermatite herpétiforme, c'est refuser toute possibilité de poser un diagnostic en présence d'une première atteinte. Passons cependant condamnation sur ce point. Mais comment admettre que l'organisme ne puisse pas subir d'une manière transitoire la modification du système nerveux nécessaire pour donner lieu aux symptômes de la dermatite herpétiforme, alors qu'on admet qu'il peut le faire d'une manière transitoire, à la condition qu'après un temps plus ou moins long de repos complet, il subisse de nouveau cette modification? Si la période intermédiaire de repos qui sépare les poussées de nos dermatites polymorphes douloureuses aiguës récidivantes était un repos incomplet traversé par du prurit léger, mais incessant, par de l'urticaire, par de l'inquiétude cutanée en un mot, nous nous inclinerions devant l'argument précédent, tout en faisant remarquer que des faits semblables ne sont plus des dermatites polymorphes douloureuses aiguës, mais des dermatites polymorphes douloureuses chroniques à poussées successives d'intensité très modérée. Mais il n'en est pas ainsi. Les récidives sont séparées par des périodes de santé parfaite; et, cela étant posé, il ne nous paraît pas plus difficile d'admettre la possibilité d'une unique modification aiguê ou transitoire du système nerveux, provocatrice des symptômes de la dermatite herpétiforme, que d'admettre la possibilité de deux ou plusieurs de ces modifications transitoires.

Jusqu'à plus ample informé, nous nous en tiendrons donc à notre conception des dermatites polymorphes douloureuses aiguës telle que nous l'avons formulée en 1888.

Si maintenant au lieu de l'élément durée nous considérons l'élément a spect objectif, nous voyons qu'en dehors des cas dits typiques grâce à leur aspect véritablement polymorphe, il en existe d'autres se reliant aux trois grandes variétés chronique, subaiguë et aiguë, dont la physionomie extérieure est un peu différente. Ils peuvent n'être caractérisés que par des éruptions vésiculeuses, érythémateuses et urticariennes; les bulles et les pustules peuvent manquer : après avoir été vésiculeuses pendant certaines phases de l'affection les poussées peuvent même ne plus être qu'érythémateuses ou urticariennes. De telle sorte qu'en étudiant de très près tous ces cas en apparence indéchiffrables, on s'aperçoit qu'ils forment toute une gamme insensible de faits de passage entre les formes typiques des dermatites herpétiformes et les urticaires bulleuses, les urticaires chroniques, subaiguës récidivantes, aiguës récidivantes, et certains prurits chroniques.

Si nous prenons au contraire les faits dans lesquels l'éruption, au lieu d'être atténuée, se développe à l'extrême, nous voyons que parfois les éléments vésiculeux et bulleux deviennent très abondants, puis qu'ils se constituent à peine à l'état de vésicules ou de bulles, appa-

ra

pi la

d

là

ti

m

fe

q

t

n

h

é

C

1

raissant avec rapidité sur une peau érythémateuse, se desséchant immédiatement en squames lamelleuses, et peu à peu la dermatose prend l'aspect d'une érythrodermie exfoliante, de ce que Bazin appelait l'herpétide exfoliatrice maligne consécutive au pemphigus, ce que d'autres auteurs ont dénommé à tort le pemphigus foliacé. Ce sont là des traits d'union, des faits de passage entre les dermatites herpétiformes typiques et les vrais pemphigus foliacés. (Voir notre communication de 1892 à la Société de dermatologie sur les pemphigus foliacés.)

Si nous considérons maintenant l'élément douleur, nous voyons qu'il y a des faits, semblables pour tous les autres symptômes au type pur, qui ne présentent que des accidents douloureux fort atténués; ils établissent une transition insensible entre les dermatites herpétiformes typiques et d'autres faits dans lesquels les phénomènes éruptifs sont analogues, mais dans lesquels l'élément douleur fait complètement défaut, et qu'il est par suite nécessaire de placer dans un autre cadre morbide: ils sont encore à l'heure actuelle confondus dans le caput mortuum du pemphigus chronique. Il en est de même pour les dermatites polymorphes aiguës auxquelles se relie toute une série de faits de passage dans lesquels l'élément douleur est fort peu marqué, presque insignifiant, et qui constituent de véritables traits d'union entre ces dermatites polymorphes douloureuses aiguës et le caput mortuum des érythèmes polymorphes.

Ainsi donc, tout autour du type dermatite herpétiforme pur, rayonnent des séries de faits de passage, qui semblent partir de ce centre pour le réunir à d'autres types morbides purs, lesquels forment euxmêmes d'autres centres, d'où rayonnent d'autres séries de faits de

passage, et ainsi de suite.

# IV. — Discussion de la théorie des faits de passage.

Avant d'aller plus loin dans cet exposé de notre conception, il nous paraît utile d'ouvrir une parenthèse et d'examiner quelle doit être la signification exacte de ces faits de passage dont nous parlons.

Dans une discussion récente un de nos plus éminents dermatologistes, parlant des rapports qui existent entre la dermatite herpétiforme et le pemphigus foliacé a déclaré que pour lui l'existence des faits de passage entre ces deux types prouve leur identité. J'ai le regret de ne pouvoir admettre cette théorie. Il suffit de réfléchir quelque peu à l'exposé qui précède pour voir qu'elle n'est pas soutenable. Si elle était vraie, ce ne serait pas seulement le pemphigus foliacé qu'il faudrait identifier à la dermatite herpétiforme, mais aussi l'urticaire, l'érythème polymorphe, les prurigos, etc..., puisqu'il existe de nombreux faits de passage établissant une chaîne ininterrompue, gra1164 BROCO

duelle, insensible, entre la dermatite herpétiforme typique et ces diverses dermatoses. Mais là ne s'arrêteraient pas les conséquences de cette proposition: c'est un axiome de mathématiques que deux quantités égales à une troisième sont égales entre elles. Si la dermatite herpétiforme doit être identifiée à l'urticaire parce qu'il existe entre ces deux types des faits de passage, la dermatite herpétiforme doit être également identifiée à toutes les affections qui seront reliées aux urticaires par des faits de passage, et ainsi de suite pour tous les autres types dont nous avons parlé. Cette théorie aboutit donc à l'abolition complète des groupes dermatologiques.

(Il est néanmoins bien entendu que tout ce que nous venons de dire ne s'adresse qu'aux formes éruptives objectives, et nullement à la nature intime, à l'essence même des affections, point sur lequel

nous nous sommes expliqué plus haut.)

Nous ne voyons pas d'ailleurs pourquoi l'on ne pourrait pas admettre en pathologie ce que l'on enseigne depuis si longtemps en histoire naturelle. De ce qu'il existe entre les divers groupes de végétaux ou d'animaux des types de passage vivants ou ayant vécu, il ne s'ensuit pas que l'on identifie ces divers types; on ne leur identifie même pas les types de passage qui s'en rapprochent le plus : on les considère comme des groupes secondaires dont la connaissance est capitale pour la conception générale de la chaîne des êtres organisés.

L'argument qui précède nous paraît répondre également à une autre objection que l'on a souvent faite à la théorie des faits de passage, types en quelque sorte hybrides, et présentant mélangés à des degrés variables les caractères de divers groupes morbides. On a soutenu qu'un fait ne saurait participer à la fois de deux dermatoses,

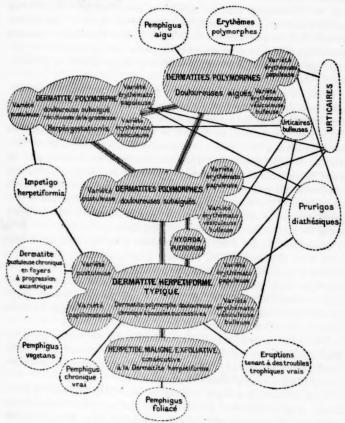
qu'il est l'une ou l'autre, mais non les deux à la fois.

Nons ne pouvons cependant être plus rigoristes que la nature, et lorsque celle-ci nous offre des monstres, nous ne pouvons pas nier leur existence sous le prétexte quelque peu spécieux qu'ils ne sont pas régulièrement constitués. En botanique, en zoologie, les hybrides sont loin d'être des exceptions: les greffes, les croisements de race sont là pour le prouver. Et d'ailleurs les faits pathologiques dont nous parlons en ce moment doivent-ils vraiment être considérés comme des monstres? N'ont-ils pas droit à l'existence aussi bien que les types morbides déjà reconnus et admis? En vertu de quelle loi décrète-t-on qu'il n'y a place pour aucun groupe secondaire intermédiaire entre les types morbides classiques? Pour soutenir une pareille prétention on ne saurait s'appuyer sur aucun argument sérieux, mais simplement sur l'usage, sur les travaux antérieurs, et aussi, nous devons le reconnaître, sur la plus grande fréquence de certains types dits purs. On n'a qu'à relire les deux premiers chapitres de

cet article pour comprendre à quel point ces conceptions conventionnelles sont peu conformes à la réalité des faits.

V. — Application de la méthode graphique à la conception des dermatoses et des faits de passage.

Pour rendre en quelque sorte tangible la constitution des groupes morbides telle que nous venons de l'exposer en parlant de la dermatite herpétiforme, nous avons songé à utiliser la méthode graphique. Voici, ce nous semble, comment on pourrait esquisser le graphique de la dermatite herpétiforme.



Graphique de la dermatite herpétiforme.

Constitution du groupe de la dermatite herpétiforme. — La partie ombrée centrale comprend tous les faits qui doivent, d'après nous, être rangés dans le groupe des dermatites herpétiformes.

ANN, DE DERMAT. -- 3º 8ie, T. IV.

1166 BROCQ

On y voit tout d'abord au milieu le médaillon correspondant au groupe typique des dermatites polymorphes douloureuses chroniques à poussées successives : sur les parties latérales de ce médaillon sont figurés des médaillons secondaires correspondant aux principales variétés objectives de ce groupe, variétés érythémato-papuleuse, érythémato-vésiculeuse et bulleuse, pustuleuse, papillomateuse.

Tout à côté se trouve le médaillon des dermatites polymorphes douloureuses subaiguës présentant des médaillons secondaires correspondant aux sous-variétés objectives érythémato-papuleuses, érythémato-vésiculeuses et bulleuses, et peut-être pustuleuses. Ce médaillon est intimement relié au médaillon précédent par un gros trait ombré : ce trait, comme tous les autres traits figurant dans le graphique, indique que les deux médaillons (c'est-à-dire les deux groupes morbides) reliés par ce trait sont reliés entre eux par des faits de passage qui établissent entre eux des transitions graduelles et prouvent leurs relations et leurs affinités.

Entre les deux groupes dont nous parlons en ce moment, ces affinités sont des plus étroites, puisque nous croyons qu'ils doivent être considérés comme deux variétés de la même affection.

Un peu plus loin et en dehors, se trouve un troisième médaillon correspondant à la dermatite polymorphe douloureuse subaiguë récidivante de la grossesse ou herpes gestationis : il est accompagné, lui aussi de médaillons secondaires représentant les principales variétés objectives du groupe, variétés érythémato-papuleuse, érythémato-vésiculeuse et bulleuse, pustuleuse. Les phénomènes objectifs et subjectifs sont ici identiques à ceux des deux groupes précédents : il n'y a que les circonstances étiologiques qui diffèrent quelque peu. Mais il existe des faits qui démontrent qu'après plusieurs attaques coïncidant avec des grossesses, l'herpes gestationis peut persister en dehors de la grossesse et de la puerpéralité. Ces faits établissent donc des liens on ne peut plus étroits entre les dermatites polymorphes douloureuses chroniques et subaiguës d'une part et l'herpes gestationis d'autre part : c'est ce qu'expriment sur le graphique les traits ombrés qui relient entre eux ces trois groupes morbides.

Tout à fait en haut se trouve le médaillon des dermatites polymorphes douloureuses aiguës, avec deux médaillons secondaires correspondant aux variétés objectives érythémato-papuleuses urticariennes,

et érythémato-vésiculeuses et bulleuses.

Il est réuni par des traits ombrés au médaillon de l'herpès gestationis, et surtout à celui des dermatites polymorphes douloureuses subaiguës: il existe en effet de très nombreux faits de passage établissant une transition insensible entre ce dernier groupe et le groupe encore si discuté des dermatites polymorphes douloureuses aiguës vraies.

On remarquera qu'entre le médaillon de la dermatite herpétiforme

typique et celui des dermatites polymorphes douloureuses subaiguës nous avons placé un médaillon accessoire portant l'étiquette d'hydroa puerorum. C'est la variété de dermatite herpétiforme qu'a cru devoir décrire Unna, de Hambourg. Nous avouons ne pas savoir encore si elle doit réellement être admise comme forme distincte : c'est là une pierre d'attente : l'avenir dira si l'on doit la conserver comme un type à part, ou bien si on doit la faire rentrer dans les types voisins.

Cette conception graphique de la dermatite herpétiforme est terminée par le médaillon le plus inférieur comprenant les cas dans lesquels une dermatite herpétiforme tout d'abord classique perd ensuite peu à peu ses caractères objectifs et tend à devenir une érythrodermie exfoliante simulant le pemphigus foliacé: c'est ce que nous appelons avec Bazin l'herpétide maligne exfoliative consécutive au pemphigus, c'est-à-dire à la dermatite herpétiforme. Ces cas, peu nombreux d'ailleurs, forment un petit groupe intimement relié à la dermatite herpétiforme typique d'une part, mais d'autre part ayant de réelles affinités d'aspect avec notre deuxième groupe des pemphigus foliacés. (Voir notre travail de 1892.)

Après avoir établi la constitution intime du groupe, il nous faut maintenant en indiquer les affinités avec les types morbides voisins.

Nous devons avant tout avertir ceux qui voudront bien nous lire qu'à ce point de vue le graphique sera forcément incomplet. Nous ne pourrons pas en effet y représenter chacun des types morbides voisins de la dermatite herpétiforme par son graphique réel : cela compliquerait beaucoup trop notre tableau. Nous nous contenterons donc de les indiquer schématiquement par un simple médaillon. Nous nous proposons d'ailleurs de faire pour eux dans des mémoires ultérieurs ce que nous faisons aujourd'hui pour la dermatite herpétiforme.

Rapports de la dermatite herpétiforme avec les groupes morbides voisins. - Reprenons la dermatite herpétiforme typique, notre dermatite polymorphe douloureuse chronique à poussées successives. Nous savons que l'éruption peut revêtir les aspects les plus divers. Parfois elle est pustuleuse, soit pendant une seule poussée, soit pendant plusieurs poussées successives : elle peut alors simuler comme aspect l'affection à laquelle on a donné le nom d'impetigo herpetiformis : elle peut même la simuler assez exactement pour que certains auteurs aient cru devoir faire de l'impetigo herpetiformis une simple variété de la dermatite herpétiforme. Une pareille conception est inexacte, et nous l'avons démontré dans notre mémoire de 1888 auquel nous renvoyons pour plus de détails. Mais il n'en est pas moins vrai que l'on a publié des cas singulièrement troublants et dans lesquels il est assez difficile de se prononcer nettement pour l'une ou l'autre de ces deux affections. D'autre part, l'impetigo herpetiformis qui se développe le plus souvent chez des femmes enceintes 1168 BROCO

ou qui présentent des affections des organes génitaux, offre avec l'herpes gestationis des analogies assez frappantes pour avoir été assez fréquemment confondu avec lui. Il y a donc des faits qu'il est assez difficile de rattacher nettement, soit à la dermatite herpétiforme typique variété pustuleuse, soit à l'herpes gestationis, soit à l'impetigo herpetiformis. Nous indiquons sur notre graphique cette particularité en reliant par des traits le médaillon de l'impetigo herpetiformis aux variétés pustuleuses des dermatites polymorphes douloureuses subaiguës et de l'herpes gestationis. Les faits d'interprétation quelque peu douteuse, de physionomie ambiguë, dont nous venons de parler, doivent être classés dans notre graphique sur les traits qui joignent ces divers types morbides, à des distances de ces types proportionnelles à leur degré de ressemblance avec chacun d'eux.

La dermatite herpétiforme peut n'être constituée objectivement, comme nous l'avons vu, que par des éruptions bulleuses rares, vésiculeuses, érythémateuses, urticariennes, à aspect de prurigo. Il existe toute une série de faits de passage des plus nombreux, des plus graduels, entre les formes les plus typiques d'aspect de cette affection et les urticaires bulleuses, et même les urticaires simples chroniques récidivantes. Or ces faits de transition existent non seulement entre notre dermatite polymorphe douloureuse chronique et les diverses variétés objectives des urticaires, mais encore entre l'herpes gestationis, les dermatites polymorphes douloureuses subaiguës, les dermatites polymorphes douloureuses aiguës et les urticaires. C'est ce qu'indiquent sur le graphique les lignes multiples qui unissent les médaillons urticaires bulleuses et urticaires simples aux variétés éruptives érythémato-papuleuses, érythémato-vésiculeuses et bulleuses des divers groupes de la dermatite herpétiforme : et, encore une fois, c'est sur ces lignes diverses, à des distances des types morbides purs proportionnelles à leur degré de participation à ces divers types morbides que doivent être classés les faits hybrides auxquels nous venons de faire allusion.

Les mêmes considérations s'appliquent aux prurigos diathésiques (E. Besnier) qui ont, — toujours par des faits de passage — d'étroites relations avec les variétés érythémato-papuleuses des dermatites polymorphes douloureuses chroniques et subaiguës, aux érythèmes polymorphes, au pemphigus aigu, qui ont à titres divers d'étroites relations avec les dermatites polymorphes douloureuses aiguës, au pemphigus chronique vrai qui en a avec les dermatites polymorphes douloureuses chroniques, aux pemphigus foliacés vrais qui en ont avec les herpétides malignes exfoliatives consécutives à la dermatite herpétiforme, aux éruptions vésiculeuses et bulleuses tenant à des troubles trophiques vrais, c'est-à-dire ayant pour cause une lésion incontestable du système nerveux. Tout cela est inscrit sur notre

graphique, et avec une telle évidence qu'il suffit de jeter les yeux sur ce tableau pour saisir immédiatement la structure intime du groupe, et pour en comprendre les relations avec les groupes voisins.

La méthode graphique permet même de tenir compte d'entités morbides encore discutables ou mal établies, et de les ranger à une place correspondant à celle que doivent logiquement occuper les faits cliniques sur lesquels on s'est appuyé pour les édifier. C'est ainsi que nous avons pu placer dans notre tableau le pemphigus vegetans entre les variétés papillomateuses de la dermatite herpétiforme, les pemphigus chroniques vrais et les pemphigus foliacés : or, il est fort possible que le pemphigus vegetans ne corresponde qu'à un aspect objectif que peuvent prendre parfois soit la dermatite herpétiforme, soit les diverses variétés de pemphigus. C'est une question à l'étude, et, quel que soit le sort que l'avenir réserve à ce groupe, notre graphique en montre les relations.

Il en est de même pour la dermatite pustuleuse chronique en foyers à progression excentrique de M. le D' Hallopeau qui paraît avoir d'étroites accointances avec les variétés pustuleuses de la dermatite herpétiforme, peut-être avec l'impétigo herpétiforme.

# VI. - Formule exacte de notre méthode graphique.

On comprendrait d'ailleurs bien mal notre méthode graphique si l'on s'imaginait que nous la considérons comme appartenant à la géométrie plane. Nous la concevons comme étant de la géométrie dans l'espace, et ce que l'on voit figuré sur le papier n'est que la projection de l'ensemble des groupes. Chaque médaillon est en réalité une sorte de sphère de laquelle partent les divers rayons qui la relient aux sphères voisines représentant d'autres types morbides purs. La grosseur des sphères devrait être proportionnelle à la plus ou moins grande importance des groupes, malheureusement cette idée, dont on n'a nul besoin de démontrer la justesse, est fort difficile à réaliser par le dessin.

Les groupes complexes comprenant des variétés étroitement unies entre elles forment des groupes de sphères très voisines les unes des autres, ou tangentes, ou se pénétrant réciproquement suivant les affinités des faits.

Les sphères figurant les groupes divers doivent se trouver à des distances proportionnelles à leurs degrés d'affinité.

Il est impossible de rendre avec quelque exactitude cette conception sur une surface plane, où les lignes qui réunissent les divers centres ne peuvent avoir leurs longueurs vraies, où elles semblent parfois se croiser et se confondre, tandis que dans l'espace elles sont en réalité nettement distinctes les unes des autres, et peuvent avoir leurs longueurs proportionnellement exactes.

Or tous les faits ne peuvent pas se classer soit dans les sphères typiques, soit sur les lignes qui les relient entre elles. Il en est en effet dont la complexité est telle qu'ils participent des caractères de 3 ou 4 types morbides purs. Ils doivent être placés entre ces types divers à des distances de chacun d'eux proportionnelles à leur degré d'affinité. Il est donc possible qu'en tenant compte de ces principes, absolus d'après nous, de classification graphique, on soit obligé de placer certains faits en dehors des réseaux principaux, sur des réseaux secondaires.

D'après ce qui précède, on voit donc que les dermatoses d'origine interne semblent constituer un immense réseau en apparence inextricable, dans lequel existent des centres un peu plus nets correspondant à des types morbides purs autour desquels rayonnent des chainons allant aboutir à d'autres centres voisins.

## VII. — Objections probables à la méthode graphique. Leur réfutation.

En somme, nous tâchons par cette méthode de classement des faits de laisser chaque cas à la place réelle que lui assignent l'analyse minutieuse et l'appréciation exacte de tous ses éléments constitutifs. Nous trouvons anticlinique et peu naturel de fausser les observations pour les ranger dans des cadres théoriquement constitués, ayant des contours nettement tracés, pour la plus grande commodité de la description. Nous voulons mouler les conceptions pathologiques sur les faits et non les faits sur les conceptions pathologiques.

On nous objectera sans doute que nous rendons ainsi la dermatologie trop complexe, trop touffue, trop vague, et que nous la hérissons de difficultés propres à désespérer ceux qui ne sont pas déjà initiés. Ces reproches nous touchent peu. Nous croyons au contraire que nos graphiques seront la manière la plus rapide et la plus commode de faire concevoir au public médical les groupes dermatologiques.

Et d'ailleurs si les affections cutanées sont en réalité complexes, ce n'est pas notre faute, mais celle de la nature humaine dont personne ne songera, je pense, à nier la complexité. Faut-il, dans un but de simplification théorique, négliger de tenir compte de certains faits sous le prétexte puéril qu'ils compliquent les descriptions? Nous croyons au contraire qu'il faut avoir le courage et l'honnêteté scientifique d'aborder le problème dans son entier, et l'ambition de le poursuivre jusqu'à sa complète solution: il faut s'efforcer d'arriver à la vérité absolue, et non à une image des choses, relative, artificielle, uniquement faite pour la plus grande satisfaction d'un esprit paresseux et pour la simplification de sa tâche.

On nous reprochera probablement encore de ruiner ainsi les types

morbides déjà créés. Loin de supprimer ceux des types morbides anciens qui ont réellement leur raison d'être, nous les conservons comme des centres (ce sont nos sphères ou nos étoiles), comme des jalons, des points de repère indispensables pour se guider à travers le dédale des faits. Mais nous croyons nécessaire d'en briser les limites précises, de les ouvrir pour ainsi dire, afin de pouvoir placer chaque fait particulier à la place exacte qui lui convient.

Est-ce à dire que tout diagnostic différentiel est supprimé? Le diagnostic n'en devient que plus minutieux et plus précis, nous devrions dire surtout plus conforme à la vérité. Que demandons-nous en effet? Qu'en présence d'un cas, on analyse avec soin ses divers symptômes, les éléments de toute nature qui le constituent, et que, partant de cette appréciation minutieuse, on le mette à sa véritable place, soit dans un type morbide pur, soit entre les divers types morbides purs avec lesquels il offre des points de ressemblance, et, suivant notre formule immuable, à des distances de chacun d'eux proportionnelles

à ses degrés d'affinité avec chacun d'eux.

Lorsque nous avons commencé nos études dermatologiques, nous avons été fort désagréablement surpris en voyant des maîtres éminents, également versés dans leur art, mis en présence de certains malades, porter des diagnostics divers malgré un examen des plus approfondis; les uns pensaient qu'il s'agissait d'une dermatose bien définie, les autres d'une dermatose voisine de la première quoique différente, les autres enfin restaient dans le doute. Nous ne pouvions nous expliquer ces divergences, et tout en riant quelque peu, suivant l'usage, avec nos camarades d'internat, nous en étions profondément troublé. Rien de plus clair pour nous à l'heure actuelle, que ces discussions de nos maîtres. Il s'agissait presque toujours alors d'un de ces faits ambigus que nous étudions en ce moment: les uns étaient frappés de son affinité avec un type morbide connu et concluaient à son identité avec lui; d'autres en faisaient autant pour un deuxième type; d'autres enfin, comprenant toute l'ambiguïté du cas, n'osaient conclure et restaient dans le doute. Avec la conception que nous proposons aujourd'hui tout s'éclaire, tout se simplifie; le cas ambigu se range après analyse minutieuse à sa véritable place.

Nous n'avons pas d'ailleurs la prétention de donner une formule définitive du mode de groupement des dermatoses : mais nous croyons faire œuvre utile en réclamant ainsi des dermatologistes une étude

plus approfondie des diverses séries morbides.

Il nous semble en effet qu'il est insuffisant de s'attacher uniquement aux types purs, quoique ce soit toujours là le point capital: pour que notre connaissance d'un groupe soit complète, il faut aussi explorer les rayons qui relient ces types purs aux types voisins, c'està-dire les séries de faits de passage qui existent entre eux. C'est, comme on le voit, un vaste champ quelque peu nouveau de recherches.

En terminant ces considérations générales, nous tenons à répéter encore une fois que l'on ne doit pas se méprendre sur la portée réelle de ce travail. Nous n'avons pas la prétention de proposer une nouvelle classification des affections de la peau, une classification stellaire ou une constellation des dermatoses pour faire suite à l'arbre des dermatoses d'Alibert. Dans l'état actuel de la science, et après ce que nous avons dit au début de ce mémoire, nous serions inexcusable de tomber dans ce ridicule. Nous voulons seulement établir avec plus de précision et de vérité qu'on ne l'a généralement fait jusqu'ici, la constitution des divers groupes morbides dermatologiques tels qu'ils sont reconnus à l'heure actuelle, et mettre en relief les affinités qui existent entre eux. Telle est, réduite à ses vraies proportions, cette modeste tentative d'étude générale des maladies cutanées.

# SOCIÉTÉ FRANCAISE DE DERNATOLOGIE ET DE SYPHILIGRAPHIE

## SÉANCE DU 9 NOVEMBRE 1893

#### PRÉSIDENCE DE M. ERNEST BESNIER

SOMMAIRE: A propos du procès-verbal: M. BARTHÉLEMY. — Correspondance imprimée. — Correspondance manuscrite. — Notice nécrologique sur Ch. Lailler, par M. A. MATHIEU.

#### A PROPOS DU PROCÈS-VERBAL DE LA DERNIÈRE SÉANCE

M. Barthélemy. — D'amicales explications échangées entre M. Brocq et moi, il résulte que ses critiques n'avaient pas été dirigées contre moi. La réponse que j'avais cru devoir y faire n'a donc plus de portée et il ne me reste qu'à retirer la phrase de mon mémoire qui le concerne personnellement. J'ajoute que je le fais avec un véritable plaisir.

#### Correspondance imprimée.

Il est fait hommage à la Société par leurs auteurs des ouvrages suivants :

M. T. Barthélemy. – Étude sur le dermographisme ou dermoneurose toxi-vasomotrice.

M. CH. AUDRY. - Précis des maladies blennorrhagiques.

M. A. Gombault. - Maladie de Morvan, syringomyélie et lèpre.

#### Correspondance.

M. A. Fournier communique un télégramme des plus chaleureux et des plus sympathiques adressé aux membres de la Société, à l'occasion de la réception des officiers russes à Paris, par les membres de la Société de dermatologie de Moscou, sous la signature du professeur Pospelow.

La Société se trouvant en vacances, MM. E. Besnier et A. Fournier, viceprésidents, ont répondu au nom de tous les membres de la Société par un télégramme de remerciements à leurs collègues de Russie en leur exprimant l'assurance de leurs sentiments les plus fraternels.

M. Feulard communique une lettre qu'il a reçue de M. G. Thomas Jackson, secrétaire de l'American dermatological Association, exprimant au nom de la Société les sentiments unanimes de regrets de ses membres pour la

mort de MM. Hardy et Vidal, qui étaient membres honoraires de l'Association et les sympathies qu'ils éprouvent pour la Société, française de dermatologie et de syphiligraphie.

M. Ernest Besnier. — Depuis notre dernière réunion, la Société de dermatologie a été une fois de plus douloureusement frappée dans la personne de son président d'honneur. M. Lailler a été enlevé par une de ces maladies longues, pénibles, bizarres, si ordinaires chez les médecins.

C'était pendant les vacances; les membres de la Société étaient pour la plupart absents de Paris, il n'y a donc pas pu être fait de convocation régulière aux obsèques. Du reste, M. Lailler avait exprimé le désir qu'il ne fût envoyé d'invitations qu'à ses amis intimes. Cependant la Société a été représentée à la triste et douloureuse cérémonie de la crémation par M. A. Mathieu, l'un de nos secrétaires, et par moi.

J'ai pu ainsi présenter à la famille les regrets unanimes que nous cause la perte de M. Lailler.

La famille vous remercie de la part que la Société prend à son deuil.

Je donne la parole à M. A. Mathieu, pour retracer devant vous les traits principaux de la vie de notre président d'honneur.

Voir page 1101.

Après cette lecture, M. le Président propose de lever la séance en signe de deuil. La séance est levée.

Le Secrétaire,

ALBERT MATHIEU.

### SÉANCE SUPPLÉMENTAIRE DU 16 NOVEMBRE 1893

#### PRÉSIDENCE DE M. ERNEST BESNIER

SOMMAIRE : Lupus érythémateux disséminé, par M. Brocq. (Discussion : MM. HALLOPEAU, BROCQ, QUINQUAUD, E. BESNIER.) - Xeroderma pigmentosum, par MM. TENNESON et DANSEUX. (Discussion : M. HALLOPEAU.) - A propos de deux cas de dermatite herpétiforme de Dubring, par M. WICKHAM. (Discussion : MM. E. BESNIER, WICKHAM, BROCQ.) - Un cas de psoriasis développé sur le territoire de plusieurs nerfs cutanés, par M. THIBIERGE. (Discussion: MM. Du Castel, A. Fournier.) - Psoriasis, poussée aiguë simulant des placards d'eczéma sec prurigineux (névrodermite circonscrite) au cours d'un psoriasis ancien prurigineux, par M. WICKHAM. - Pityriasis rubra pilaire ou lichen ruber? par MM. HALLOPEAU et BRODIER. (Discussion : MM. E. BESNIER, DU CASTEL, HALLOPEAU.) - Purpura hémorrhagique et pleurésie interlobaire gauche, par M. GASTOU. (Discussion: MM, MATHIEU, A. FOURNIER). - Présentation de préparations d'embryons de filaires, par M. MOTY. - Forme anormale de dermatite herpétiforme, par M. Audry. (Discussion : MM. E. Besnier., Jullien.) Notions générales sur les dermatoses; de la méthode graphique en dermatologie, par M. L. Brocq. - Inoculations expérimentales de la blennorrhagie. Traitement abortif, par M. BOUREAU. (Discussion: M. A. FOURNIER). - 1º Gangrène des deux testicules compliquant une blennorrhagie ; 2º syphilis héréditaire tardive, gomme du testicule droit, syphilide tuberculeuse, par M. BOGDAN (de Jassy).

### Lupus érythémateux disséminé à aspect un peu insolite.

Par le Dr L. Brocq.

J'ai l'honneur de présenter à la Société une malade atteinte depuis cinq mois d'une éruption symétrique de la face, du cou, du devant de la poitrine et des membres supérieurs. Je pense qu'il ne s'agit que d'un lupus érythémateux disséminé. J'ai cru néanmoins devoir vous soumettre ce cas pour vous demander votre avis sur le diagnostic et pour insister sur certaines particularités qui me paraissent assez intéressantes et quelque peu insolites.

Voici l'observation :

Mme D..., âgée de 30 ans, vient nous consulter le 4 octobre 1893, à notre clinique de La Rochefoucault, pour une éruption qui a débuté il y a environ quatre mois.

Comme antécédents héréditaires et familiaux, on ne trouve rien de notable : sa mère vient d'avoir tout récemment un zona assez développé qui s'est accompagné de fortes douleurs névralgiques. Il est absolument impossible de découvrir le moindre symptôme de tuberculose soit chez ses ascendants, soit chez ses collatéraux, soit dans son entourage. Quant à la malade elle-même, elle n'a jamais été souffrante jusqu'à la dermatose actuelle; mais elle avoue être fort nerveuse, fort impressionnable et cette nervosité a augmenté encore peu avant l'apparition de l'affection actuelle.

Celle-ci a débuté il y a quatre mois environ par une simple rougeur située au niveau de la partie inférieure du bras gauche; en même temps il s'en formait une autre vers la face dorsale du nez. Ces premiers phénomènes éruptifs se sont accompagnés d'une sensation marquée de malaise général, de courbature, d'un peu d'insomnie, de douleurs assez vives vers les articulations des coudes et du poignet, et même d'une légère tuméfaction des deux poignets. Peu à peu ces plaques primitives se sont étendues : celle du bras gauche s'est déplacée, a gagné l'avant-bras et la main, du même côté ont été envahis symétriquement; le nez, le front, les parties voisines des joues, le cou, le devant de la poitrine ont été intéressés.

Voici quel est son état au moment où elle vient me consulter :

État actuel. — Le front dans sa totalité, les paupières supérieures, toute la face dorsale du nez, les tempes, les régions antérieures des joues jusque vers les parotides, sont couverts d'une rougeur vive, diffuse, sans limites bien arrêtées. Les lèvres et le menton sont indemnes. Les lésions sont peut-être plus accentuées à gauche qu'à droite.

Elles sont intimement constituées par des plaques rouges à contours fort irréguliers et un peu diffus : à la surface on voit des sortes de fins tractus d'un blanc jaunâtre, reliés entre eux de façon à fournir une sorte de réseau très irrégulier dans les mailles duquel on aperçoit une sorte de piqueté rouge formant marqueterie, et s'effaçant en presque totalité par la pression du doigt. Ces trois éléments, rougeur diffuse des plaques, réseau blanc jaunâtre, et piqueté rouge, varient quelque peu de proportion et d'intensité suivant les régions de la face.

Au front, la rougeur semble disposée sous la forme de bandes parallèles aux sourcils, séparées par des intervalles linéaires de peau presque saine en apparence, intervalles linéaires qui correspondent aux plis normaux du front. Vers la partie externe des paupières se voient des bandes plus larges au niveau desquelles les téguments sont sains.

On observe de plus au front sur presque toute son étendue, mais surtout vers sa partie médiane et supérieure, de fines croûtelles brunâtres, fort adhérentes aux plaques rouges sous-jacentes, donnant difficilement au grattage une desquamation très fine, et offrant à la vue l'aspect de croûtelles un peu jaunâtres dont la surface est criblée d'un petit piqueté brunâtre dont la grosseur varie de celle d'une pointe d'aiguille à celle de fines têtes d'aiguille.

Sur le nez les rougeurs sont plus vives, les tractus blanchâtres plus rosés, et sur les parties voisines des joues le piqueté rouge, des plus accentués, arrive à former des arborisations vasculaires.

Au niveau des régions préauriculaires les rougeurs sont bien moins vives et les tractus blanchâtres offrent un aspect laiteux assez analogue aux teintes que prend la peau après une application d'acide acétique.

Les sillons naso-géniens sont très atteints ; sur les joues la disposition

de

p

d

la

le

d

d

des plaques rouges rappelle quelque peu celle des bandes de la kératose pilaire rouge de la face.

Il n'y a pas d'alopécie au niveau des régions de la face qui sont envahies.

Le cuir chevelu est pour le moment indemne, sauf vers les limites des régions frontales et occipitales.

Sur la partie antérieure et supérieure de la poitrine existe une nappe rouge à contours fort irréguliers occupant les régions sterno-claviculaires et présternale supérieure jusqu'à la naissance des seins. Elle est constituée par une rougeur diffuse sur laquelle se voient un piqueté rouge accentué et par places de fines arborisations vasculaires. En tendant la peau, l'épiderme paraît lisse et brillant : il est parsemé d'un fin piqueté brunâtre de la grosseur de petites têtes d'aiguille, constitué par de minimes croûtelles, lesquelles correspondent aux orifices glandulaires du derme. Çà et là, disséminées sans ordre aucun dans la nappe rouge, existent des cicatricules irrégulières d'un blanc mat, parsemées de quelques stries vasculaires, déprimées au-desssus du niveau des parties voisines et de quelques millimètres de diamètre. Le derme ne donne qu'une fort légère sensation d'infiltration à ce niveau.

Sur toute la nuque et dans les régions voisines du cuir chevelu se voit une large plaque rouge ressemblant à celle de la région sternale, mais ayant l'air peut-être plus cicatricielle : en effet, sur presque toute son étendue il y a de fines cicatricules brillantes entourées d'un piqueté

Tout autour de cette plaque de la nuque, existe une éruption bizarre composée de sortes de petites papules rosées, aplaties, à sommet assez brillant, présentant souvent un piqueté rouge périphérique, mais pouvant aussi ne pas avoir de piqueté aux régions qui sont le moins atteintes : elles sont surtout nombreuses, presque confluentes, vers la plaque de la nuque, de là elles vont en s'éclaircissant peu à peu vers les parties latérales du cou, en haut elles forment des sortes de traînées qui vont rejoindre les plaques rétro-auriculaires. Elles rappellent le lichen ruber, mais elles ne sont le siège d'aucune démangeaison.

Sur la moitié antérieure des deux avant-bras, on trouve des éléments papuleux disséminés ou agminés en plaques, aplatis, à facettes brillantes, semblables aux papules du lichen plan. En outre, entremêlées aux éléments précédents, se voient des lésions plus considérables, irrégulières de forme, de 5 à 6 millimètres de diamètre, constituées par une teinte rouge, par des tractus blanchâtres, un piqueté rouge, et présentant à leur centre une sorte de dépression peu marquée, comme atrophique et cicatricielle.

Sur la face dorsale des doigts, existent de petites papules rosées, aplaties, assez semblables à des éléments du lichen ruber planus. Autour des ongles, se voit, au niveau de la matrice unguéale, une rougeur rosée diffuse

parsemée d'un petit piqueté rouge plus ou moins foncé.

La malade éprouve, au niveau des avant-bras et sur les jambes, des démangeaisons assez vives, surtout vers le soir. Les membres inférieurs ne présentent pas d'ailleurs d'autres lésions visibles que des varices et quelques éléments çà et là disséminés de kératose pilaire.

Les deux biceps, vers leur partie inférieure, sont durs, et ont une consistance analogue à celle des muscles intéressés dans la sclérodermie. L'extension de l'avant-bras sur le bras ne peut se faire complètement et est douloureuse: on sent alors que les biceps sont tendus et durs comme du bois. Les mouvements de pronation et de supination sont impossibles. Ces lésions n'existent que depuis le début de l'affection cutanée: il en est de même de douleurs vives que la malade ressent au niveau des articulations des coudes et des épaules.

L'auscultation ne permet de déceler aucune lésion notable ni aux poumons, ni au cœur. Les réflexes rotuliens sont normaux. Par contre, la sensibilité pharyngée est très atténuée : il n'y a nulle part, sur le corps, de plaques d'anesthésie.

Les urines sont normales.

Quand nous avons vu cette malade pour la première fois, nous avons tout d'abord été quelque peu embarrassé. La diffusion des plaques, sans limites précises, leur rougeur vive, leur extension rapide, l'existence de papules aplaties, brillantes, analogues à celles du lichen ruber planus, les éruptions périunguéales, les lésions musculaires, tout cela nous jeta au premier coup d'œil dans une certaine incertitude.

Les indurations du biceps nous portèrent à rechercher s'il n'y avait pas de sclérodermie; mais le masque facial n'était pas celui des sclérodermiques, la teinte des téguments ne cadrait nullement avec celle que l'on observe dans cette affection, même lorsqu'elle se complique, comme cela arrive si souvent, de la production de nombreuses arborisations vasculaires; enfin, les doigts, malgré leurs altérations, ne rappelaient nullement l'aspect de la sclérodactylie.

Les papules si nombreuses qui étaient à cette époque bien plus marquées qu'aujourd'hui, et surtout bien plus identiques à celles du lichen ruber planus, nous firent aussi penser à la possibilité du lichen ruber. Mais les localisations faciales, l'absence d'éruptions abdominales, le peu d'intensité du prurit, nous engagèrent à écarter également ce diagnostic.

Nous ne crûmes pas non plus pouvoir admettre soit un érythème simple, soit une érythrodermie prémycosique, pour des raisons multiples tirées du mode d'évolution, de la symétrie, de l'aspect de l'éruption, du peu de symptômes subjectifs.

Bref, après quelque hésitation, nous pensâmes pouvoir affirmer l'existence d'un lupus érythémateux disséminé, grâce aux localisations faciales et brachiales caractéristiques, aux cicatricules, aux croûtes adhérentes du front et de certains autres points de la face.

Nous devons insister maintenant sur les deux principales anomalies que présente ce cas. Nous ignorons si l'on a décrit jusqu'ici, dans le lupus érythémateux, des éléments papuleux simulant la papule du lichen plan aussi nettement que ceux que nous avons vus au commen-

cement d'octobre dans le cas actuel. Nous n'avons trouvé ce fait signalé dans aucune des publications que pous avons consultées. Cependant, il ne semble pas être absolument nouveau, et il a sûrement dû être déjà observé, puisque dans une communication récente à l'American dermatological Association (septembre 1893) sur les ressemblances que le lupus érythémateux peut avoir avec certaines dermatoses, Radcliffe Crocker vient de citer deux cas dans lesquels le lupus érythémateux simulait le lichen planus. Il n'est guère possible d'attribuer cet aspect au grattage et d'en faire de simples phénomènes de lichénification dermique; en octobre, en effet, lorsque nous avons vu la malade pour la première fois, l'aspect n'était pas celui des éléments papuleux de la lichénification diffuse, et d'ailleurs, le prurit n'a jamais été suffisant pour que cette explication fût plausible.

Nous devons insister également sur les indurations si étonnantes de la partie inférieure des deux biceps. C'est un phénomène extraordinaire que nous n'avons retrouvé noté nulle part. Or, ici, ce symptôme prend une réelle importance à cause des douleurs et des gênes fonctionnelles qu'il provoque et dont la malade se plaint tout particulièrement.

Nous tenons à faire remarquer, au point de vue de la pathogénie de cette affection, l'absence totale de tout antécédent héréditaire ou acquis de tuberculose; par contre, la malade affirme nettement que l'éruption s'est développée à la suite d'émotions et de secousses nerveuses. Nous savons bien que c'est là de la banalité, mais c'est tout ce qu'il nous a été possible de découvrir au point de vue étiologique.

Nous avons institué chez cette malade, mais avec prudence, la médication vantée par Duncan Bulkley dans le lupus érythémateux, c'est-à-dire le phosphore à l'intérieur. Nous ne savons encore ce que ce médicament donnera ici ; cependant, il est certain que la maladie, au lieu de s'aggraver progressivement, comme elle le faisait jusqu'au jour où le traitement a été commencé, est actuellement en pleine décroissance à la figure, au cou et au thorax. Il est vrai de dire que l'on fait, en outre, des applications de savon noir salicylé. Nous regrettons vivement de n'avoir pu donner le phosphore seul sans employer aucune autre médication ni interne ni externe. Nous l'aurions certainement fait si nous avions eu la malade à notre disposition complète dans une salle d'hôpital; mais elle n'est pas hospitalisée, elle est pressée de guérir, et nous avons été obligé de céder à ses sollicitations. La formule employée chez cette malade est la suivante : Huile phosphorée au 1/1000, une partie; huile de foie de morue, neuf parties ; de une à quatre cuillerées à café par jour.

Nous expérimentons d'ailleurs, en ce moment, la médication phosphorée chez quatre autres de nos malades de la ville atteints de lupus érythémateux : chez une femme de 48 ans, névropathe, fatiguée par la ménopause; chez un homme de 35 ans, atteint d'un lupus érythémateux superficiel de la joue gauche et chez lequel cette médication, instituée depuis 3 mois, semble ne produire aucun effet; chez un jeune homme de 30 ans, atteint de lupus érythémateux superficiel aberrant, à récidives multiples; chez un homme de 55 ans, atteint d'un vaste lupus érythémateux des plus rebelles, que nous soignons déjà sans succès depuis plus de 6 ans. Les résultats que nous avons déjà obtenus chez la première de ces quatre malades, laquelle ne prend que le phosphore à l'intérieur et a suspendu toute médication locale, nous engagent, malgré nos insuccès, à soumettre peu à peu tous nos autres cas de lupus érythémateux à cette médication. Nous l'avons aussi prescrite à deux autres malades; mais nous ne pouvons en parler, ne les ayant pas revus. Nous devons également compter parmi ceux à qui nous avons recommandé le phosphore, un étudiant en médecine atteint d'un vespertilio profond : malheureusement, l'amélioration qu'il a déjà constatée ne peut pas être uniquement attribuée au phosphore, puisqu'il a essayé en même temps une nouvelle médication locale du lupus.

Nous nous réservons de revenir plus tard sur ce traitement du lupus érythémateux par le phosphore quand notre conviction sera faite par l'observation approfondie de plusieurs malades. Si nous en avons parlé dès aujourd'hui, c'est pour vous demander de vouloir bien l'expérimenter de votre côté, car ce que nous avons déjà constaté nous permet de dire qu'elle mérite qu'on ne la rejette pas sans examen: elle nous paraît, en effet, exercer parfois une certaine action salutaire chez les personnes atteintes de lupus érythémateux dont le système nerveux est très ébranlé; elles accusent assez rapidement une sédation des troubles névrosiques et des accidents cutanés.

- M. HALLOPEAU. Dans un cas très analogue à celui de M. Brocq, j'ai vu disparaître sans traitement, les éléments disséminés. Une petite plaque seule a persisté.
- M. Broco. Je sais fort bien qu'il peut n'y avoir là qu'une coïncidence, aussi me garderai-je bien de conclure. Toutefois, je dois faire remarquer que la maladie était en pleine extension quand j'ai commencé la médication phosphorée.
- M. QUINQUAUD. Je l'ai, pour ma part, employé une seule fois ; j'y ai renoncé en présence de poussées successives.
- M. E. Besnier. Cette maladie rentre dans la série à peine ébauchée des tubérculoses généralisées de la peau. Il faut particulièrement noter ici les lésions du dos des mains et des extrémités des doigts. Vues à la loupe, ces altérations sont très caractéristiques : elles se montrent sous

fo

m

m

ef

je

forme de vestiges de petites surfaces érythémateuses au centre desquels se voit une minuscule croûtelle.

Je n'ai jamais employé le phosphore dans les tuberculoses de la peau, mais seulement dans le psoriasis invétéré et rebelle, et dans la xanthomatose; dans le psoriasis, à la dose de un milligramme à un milligramme et demi; mais j'ai rapidement interrompu ces tentatives à cause des poussées violentes accompagnées de cystite, qui se produisaient après quelques jours d'emploi. En revanche, dans deux cas de xanthome généralisé, j'ai observé une réduction certaine de l'éruption, en l'associant à l'usage de la térébenthine. Malheureusement, je n'ai pas revu les malades depuis leur sortie de l'hôpital.

### Xeroderma pigmentosum.

### Par MM. TENNESON et DANSEUX.

C... Eugène, âgé de 13 ans.

Antécédents familiaux. - Grand-père alcoolique. Père également alcoolique, mort en 1881 à la suite d'attaques rhumatismales multiples. Mère nerveuse, impressionnable. Deux frères morts en bas âge, au milieu de convulsions. A encore actuellement 3 frères et sœurs bien portants.

Point intéressant. - Sœur plus âgée de 2 ans que notre malade, qui, vers l'âge de 9 mois, fut, au dire de la mère, atteinte d'une affection cutanée semblable à celle qu'il présente; mêmes taches pigmentaires et télangiectasiques; même topographie; n'aurait, contrairement à lui, jamais présenté de dégénérescence épithéliomateuse.

Morte à l'âge de 11 ans, probablement à la suite d'un mal de Pott.

Histoire de la maladie. — Vers l'âge de 9 mois, notre malade commença à présenter sur les deux joues de petites taches rouges, larges comme une pièce de 50 cent., nullement douloureuses.

Au dire de la mère, à partir de cette époque, pendant quelques années on vit ces taches disparaître pendant l'hiver, pour reparaître en s'étendant

en surface à chaque printemps.

Cependant peu à peu l'affection devint persistante; la peau amincie, commença à se craqueler, laissant sourdre par ces incisures une sérosité roussâtre.

Des taches pigmentaires, jaune noirâtre, se montrèrent disséminées sur la face et le cou; çà et là, sur la surface intéressée, la peau prit un aspect parcheminé, sclérodermique.

L'enfant ne se plaignait pas de son affection, sauf quand il était exposé au soleil ou au vent.

L'état général reste toujours bon, l'enfant conservant un appétit normal. Toutefois son hérédité nerveuse se manifesta dès son jeune âge par un bégaiement assez prononcé.

L'année dernière, au-dessus de la lèvre supérieure, juste au-dessous du nez, apparut une tumeur bourgeonnante, grosse comme une noisette, non

ANN. DE DERMAT. - 3º sle. T. IV.

saignante, qui se détacha d'elle-même, nous a dit la mère, donnant lieu à une cicatrice.

Cette année, il y a trois mois, au point d'implantation de l'ancienne tumeur en apparut une nouvelle, qui prit rapidement des dimensions plus considérables, saignant facilement au moindre contact, mais ne faisant nullement souffrir le malade.

État actuel du malade. - Enfant petit, mais trapu.

État général excellent; bon appétit.

Affection cutanée occupant toute la face, sauf le front; les oreilles; le cou, moins les régions sus et sous-hyoïdiennes médianes; arrêt très net à la limite des cheveux.

Dans tous ces points la peau présente une teinte générale, rouge pâle, sans limite précise, plus foncée en certains endroits, rougeur disparaissant légèrement à la pression.

Par endroits on voit des placards, irréguliers comme forme et comme dimensions, abondants surtout sur les joues, où la peau est plus pâle, comme dépigmentée et atrophiée, analogue à ce qu'on trouve dans la sclérodermie.

En ces points elle semble également rétractée, et, comme conséquence, on trouve des deux côtés un ectropion de la paupière inférieure, laquelle offre de la conjonctivite chronique avec tuméfaction de la muqueuse, légères ulcérations et chute totale des cils.

De plus, on voit sur tous les points, mais surtout au niveau du cou et des oreilles, de nombreuses taches pigmentaires, allant du jaune clair au noir, de forme irrégulière, à contours mal limités, de dimensions variables, mais ne dépassant pas celles d'une lentille.

La pression en ces différents points ne réveille aucune douleur.

Les muqueuses nasale, buccale et auriculaire sont intactes.

Les différents sens sont normaux.

Enfin notre malade présente, au niveau de la partie médiane de la lèvre supérieure, juste au-dessous de la cloison du nez, un bourgeon d'apparence épithéliomateuse, en chou-fleur, recouvert de sang coagulé, et gros comme une noix. Cette tumeur est peu douloureuse à la pression, mais saigne facilement. Son point d'implantation, large comme une pièce de 2 francs, laisse libre la cloison, mais empiète légèrement sur la portion muqueuse de la lèvre.

Léger engorgement ganglionnaire perceptible au niveau du cou.

La face dorsale des deux mains est également prise, mais à un moindre degré que la face; on y trouve, remontant jusqu'à la partie inférieure de l'avant-bras, où elle se perd insensiblement, une rougeur diffuse, analogue à celle de la face, parsemée également de taches pigmentaires et de placards atrophiques, sclérodermisés.

La face dorsale des pieds est intacte (l'enfant ne marchait jamais pieds nus).

Examen histologique de la tumeur sous-nasale (dû à l'obligeance de M. Chibret, interne de M. Lucas-Championnière). - Epithélioma pavimenteux lobulé dont la plupart des cellules ont subi une dégénérescence très spéciale.

Dans les points de la tumeur que nous avons examinés, les papilles sont très allongées, comme étirées en minces filaments; elles arrivent presque jusqu'à la surface de la tumeur, où l'on ne retrouve plus de trace du revêtement épithélial normal, qui est remplacé par une croûtelle.

Les amas de cellules épithéliales situés entre ces papilles ont subi une dégénérescence vacuolaire accentuée. Cette dégénérescence frappe la presque totalité des éléments, n'épargnant guère que les cellules du globe corné central et les cellules de la rangée la plus externe de l'amas.

Les cellules ainsi modifiées sont notablement dilatées, leur noyau est refoulé à l'un de leurs pôles, avec un croissant de protoplasma. Cette disposition donne, sur des coupes minces, au tissu néoformé un aspect réticulé tout spécial.

Notons encore, au voisinage de la surface de la tumeur, de petits amas

de globules blancs qui forment autant d'abcès microscopiques,

L'allongement des papilles, le fait qu'elles traversent la presque totalité du tissu néoformé, la présence à leur intérieur de vaisseaux perméables et même notablement dilatés, montrent que nous avons affaire, dans ce cas, à un épithélioma à type papillomateux, sans tendance ulcérative, et par conséquent d'un pronostic relativement bénin.

Nous ferons remarquer, en terminant, que cette variété d'épithélioma ne répond pas au type habituellement décrit dans le xeroderma pigmentosum.

M. HALLOPEAU présente le moulage d'un homme de 28 ans atteint de la même maladie. Son observation est remarquable par le peu d'extension qu'on prise chez lui les taches pigmentaires, bien que le début de sa dermatose remonte à une date éloignée; par l'absence d'atrophie cutanée; par la multiplicité des néoplasies carcinomateuses dont une occupe la paupière inférieure droite et y détermine un ectropion; par la coexistence de grains d'acné sébacée concrète sur le nez; par l'état satisfaisant de la santé générale. Plusieurs des tumeurs ont été enlevées par M. Richelot. Les résultats de leur examen histologique seront communiqués ultérieurement.

### Dermatite de Duhring.

Par M. Louis Wickham.

J'ai l'honneur de présenter à la Société, au nom de M. le professeur Fournier, deux observations à propos de la dermatite herpétiforme de Duhring: (l'une d'elles, tenant le milieu entre le pemphigus chronique vrai moderne et la dermatite de Duhring).

Dans la première observation, les signes cardinaux de la dermatite herpétiforme sont au complet. Le diagnostic en est donc aisé. On

retrouve :

1º Le polymorphisme (éruption érythémato-vésiculeuse, parfois circinée, vésiculo-pustuleuse, pustuleuse avec éléments de petites dimensions, etc.); les lésions recouvrent tout le corps. Il y a quelques éléments buccaux. 2º Le prurit intense ayant toujours précédé les poussées, et existant indifféremment sur des surfaces malades et des surfaces indemnes. 3º La chronicité (5 ans) avec les poussées successives et les périodes d'accalmie. 4º La conservation du bon état général. Pas de fièvre, pas de perte de poids. Bon appétit, bon sommeil. Diarrhées de temps en temps, facilement arrêtées.

La peau est très épaisse et fortement mélanodermique. Étiologie nerveuse. Grande émotion quelques jours avant le début du prurit. Émotivité extrême, et dans les antécédents héréditaires : mère aliénée.

Analyse des urines par M. Cathelineau.

Faible volume de l'urine émise dans les 24 heures (385.cc.).

Réaction très acide. Urée 12,16. Acide urique 0,60.

Le taux de l'acide urique est relativement élevé.

Azote de l'urée 5,652. Azote total 7,225.

Coefficient d'oxydation 78,2 p. 100. Il y a donc diminution des oxydations azotées. Densité 1,032.

Chlorure 8,17. Acide phosphorique 1,306.

La seconde observation ne présente pas, dans leur complet développement, les signes cardinaux de la dermatite de Duhring.

Le polymorphisme des éléments primitifs n'existe pour ainsi dire pas. Ce sont toujours des bulles qui ont paru dès le début. Ces bulles sont bien remplies, très tendues et ont parfois un volume énorme. J'en ai observé ayant les dimensions d'un œuf de poule. Elles se développent sur peau saine, et ne sont jamais entourées d'une auréole inflammatoire. Ces éléments se sont successivement développés sur tous les points du corps, excepté à la face. Quelques éléments ont apparu sur la muqueuse buccale à la lèvre inférieure.

La chronicité n'est peut-être pas encore assez établie, en ce sens que les lésions remontent seulement à 6 mois. Il n'y a pas eu encore d'accalmies complètes. Il s'agit d'une première attaque avec poussées subintrantes

Le prurit manque depuis deux mois, pourtant le phénomène du prurit inconscient existe; mais, pendant les 3 premiers mois, le prurit a été considérable. Il a précédé l'éruption de quelques jours et est venu quelques jours après un grand chagrin, une grande perturbation nerveuse. La malade est sujette à de fortes colères.

L'état général n'est ni absolument conservé ni mauvais. La courbe donne une moyenne de 38° et, à l'occasion de poussées nouvelles, elle monte à 40°. Mais il n'y a que peu d'affaiblissement. L'appétit et le sommeil sont excellents, le poids est conservé.

Analyse des urines par M. Cathelineau.

Faible volume de l'urine émise dans les 24 heures (580 c. c.).

Réaction très acide. Urée 20; acide urique 0,394.

Azote de l'urée 9,30. Azote total 11,92.

Coefficient d'oxydation 78 p. 100. (Ralentissement des oxydations azotées.) Chlorure 6,98. Acide phosphorique 0,44. Densité 10,20.

Dans ces deux observations, nous trouvons des faits qui viennent renforcer la théorie nerveuse pathogénétique des maladies bulleuses chroniques avec prurit.

La seconde observation, au point de vue dermatologique pur, est

intéressante en ce sens que son classement n'est point aisé.

Si l'on se tient scrupuleusement aux opinions généralement adoptées depuis le Congrès de 1889, on ne peut pas laisser cette observation dans le groupe « pemphigus chronique vrai moderne », car il s'agit d'une dermatite bulleuse prurigineuse; mais on ne peut guère

la placer délibérément dans la dermatite de Duhring.

Ce sont de ces faits déjà souvent signalés, très voisins de la dermatite de Duhring, qu'il faut tenir dans un groupe d'attente, et qui serviront au jour de la nouvelle refonte du groupe des dermatoses bulleuses. Jusqu'alors, on peut dire de cette observation qu'elle tient le milieu entre le pemphigus vrai moderne et la dermatite de Duhring, formant, en quelque sorte, comme une transition entre ces deux groupes.

- M. E. Besnier. La première de ces malades a-t-elle été soumise au traitement arsenical?
  - М. Wickham. Elle n'a jamais pris aucune préparation d'arsenic.
- M. E. Besnier. J'ai fait cette question, d'une part parce qu'il existe des kératodermies symétriques des extrémités relevant d'un traitement arsenical prolongé, et, d'autre part, parce que la kératodermie peut se montrer dans la maladie de Duhring indépendamment du traitement par l'arsenic et par la seule évolution spontanée de la maladie, ainsi que cela existe chez cette malade.
- M. Brocq. Elle présente, en effet, dans la paume de la main de l'épaississement kératodermique manifeste. Mais, comme vient de le dire M. E. Besnier, la kératodermie d'origine arsenicale existe et j'en ai vu, à Vienne, un cas indiscutable : la malade prenait depuis cinq ans des doses énormes d'arsenic.

Un cas de psoriasis avec localisations prédominantes sur le territoire du nerf saphène interne gauche et des nerfs musculocutanés du plexus brachial.

Par M. GEORGES THIBIERGE.

L'éruption de psoriasis offre, chez le malade que j'ai l'honneur de

présenter à la Société, une topographie qui, à ma connaissance, n'a pas encore été signalée dans cette affection et qui n'est pas sans intérêt au point de vue de son interprétation pathogénique.

G..., Paul, âgé de 46 ans, comptable, entre le 3 novembre 1893 dans le service de mon maître M. Ernest Besnier, que j'ai l'honneur de suppléer.

Il appartient à une famille de sujets à tendance nerveuse, quoique aucun de ses parents n'ait eu de manifestations hystériques caractérisées ou de lésions organiques du système nerveux.

Lui-même a toujours été nerveux, facilement impressionnable, pleurant facilement et d'un caractère très violent.

En 1870, à la suite d'un refroidissement, il a été atteint d'une névralgie sciatique du côté gauche qui a duré 18 mois; depuis lors, chaque hiver l'affection a récidivé, occupant toujours le côté gauche, durant un mois ou un mois et demi; les traitements les plus divers ont été employés contre cette névralgie, seules les injections de morphine procurent du soulagement.

L'affection cutanée dont il est atteint s'est montrée pour la première fois il y a 18 mois: les lésions ont occupé tout d'abord la partie inférieure de la jambe gauche, sur laquelle elles se sont développées de bas en haut, jusqu'à ce qu'elles atteignent leurs dimensions actuelles; puis est apparue la bande située à la partie interne de l'avant-bras gauche et, presque en même temps, celle de l'avant-bras droit. C'est seulement plus tard (quinze jours environ) que se sont montrées les plaques correspondant aux localisations habituelles du psoriasis, sur les coudes et les fesses.

Depuis 18 mois, le psoriasis n'a été soumis à aucun traitement et n'a montré aucune tendance à la rétrocession.

Actuellement les lésions offrent avec la plus grande netteté les caractères classiques du psoriasis avec productions squameuses d'intensité moyenne. Elles offrent la topographie suivante.

Membre inférieur gauche. — Une longue bande occupant la partie interne de la cuisse dans son tiers inférieur, se continuant sur le genou et sur la jambe où elle s'élargit de façon à se rapprocher de la crête tibiale et de la partie moyenne du mollet, puis se rétrécissant inférieurement pour s'arrêter un peu au-dessus de la malléole interne (cette bande correspond très exactement à la distribution du nerf saphène interne); deux petites plaques situées au-devant du cou-de-pied, l'une en dedans de sa partie moyenne, l'autre en avant de la malléole externe; une plaque dans le creux poplité, à sa partie moyenne; une autre à la partie moyenne de la cuisse, au niveau de l'union de son tiers moyen et de son tiers inférieur.

Membre inférieur droit. — Absolument indemne, à l'exception d'une plaque située en arrière du grand trochanter.

Tronc. — 2 plaques disposées symétriquement de chaque côté du sillon interfessier; 2 autres plus petites à la partie moyenne de la fesse.

Membre supérieur gauche. — Une longue bande commençant à l'union des trois quarts supérieurs et du quart inférieur du bras, à sa partie externe, descendant sur le pli du coude et occupant la partie externe de la face antérieure de l'avant-bras jusqu'au poignet (cette plaque correspond à la dis-

tribution du nerf musculo-cutané); trois plaques à la partie postérieure du coude, dont une large correspondant à l'olécrâne.

Membre supérieur droit. - Une plaque allongée occupant la partie inférieure de la face interne du bras, s'étendant sur le pli du coude et la partie supérieure de la moitié externe de la face antérieure de l'avantbras : cette plaque, ébauche de la longue bande située à gauche, occupe également le territoire du musculo-cutané; large plaque occupant la partie postérieure du coude.

La sensibilité des diverses régions de la peau est conservée sous ses différents modes; le membre inférieur gauche, cependant, est peut-être un peu moins sensible; il y a une adipose notable du tissu cellulaire souscutané du membre inférieur gauche, mais il ne semble pas y avoir d'atro-

phie musculaire de ce membre.

L'observation de ce malade peut être résumée dans les termes suivants : psoriasis débutant à l'âge de 44 ans, chez un sujet nerveux, issu de parents nerveux, atteint lui-même de sciatique récidivante du côté gauche; début de l'éruption par une plaque correspondant à la distribution du nerf saphène interne du côté de la névralgie, puis par des plaques correspondant aux nerfs musculo-cutanés du plexus brachial, avant de se montrer aux lieux d'élection du psoriasis ; intégrité du membre inférieur non atteint de névralgie.

Le développement du psoriasis consécutivement à des attaques de névralgie sciatique est devenu classique depuis qu'il a été signalé par M. Besnier, par Polotebnof, par M. Bourdillon et peut être considéré comme un des fondements les plus importants de la théorie nerveuse de cette dermatose. Il n'aurait donc à lui seul qu'un médiocre intérêt

dans le cas actuel.

Il n'en est déjà plus de même lorsqu'on considère le début du psoriasis par le membre atteint de sciatique, et l'intégrité du membre correspondant, contrairement à la symétrie si habituelle dans cette affection.

L'observation de notre malade s'écarte encore bien plus des faits ordinaires par la topographie des lésions, qui correspondent de la façon la plus nette aux territoires de distribution cutanée de trois nerfs importants: cette topographie n'a pas, que nous sachions, été signalée jusqu'ici, quoiqu'il ne soit pas très rare de voir, à la partie interne de la jambe, des lésions correspondant à peu près à la topographie de la longue bande observée chez notre malade.

Il serait sans aucun doute imprudent de baser sur cette topographie une démonstration de l'origine nerveuse du psoriasis. La superposition d'une dermatose au territoire de distribution d'un nerf n'est pas la preuve péremptoire de sa relation avec une lésion de ce nerf : il suffit de rappeler que les nævi occupent parfois un territoire nerveux, et, dans un ordre d'idées différent, de signaler ces faits dans lesquels on a vu les pustules de variole se répartir sur le trajet des nerfs (Landrieux, cité par Barthélemy, thèse de Paris, 1880, p. 45).

On pourrait, adaptant à ce fait une théorie qui a été proposée récemment par R. Crocker comme théorie générale du psoriasis, soutenir que la topographie de l'éruption tient à ce qu'une altération fonctionnelle ou anatomique des nerfs a provoqué dans le territoire cutané correspondant des troubles vaso-moteurs ou nutritifs qui ont permis la greffe et le développement de l'agent pathogène de la maladie; on serait d'ailleurs d'autant plus autorisé à émettre cette opinion que l'éruption s'est montrée en des régions multiples et indépendantes des nerfs sur le territoire desquels elle est primitivement apparue. Le rôle du système nerveux périphérique serait ici quelque peu comparable à celui des traumatismes cutanés qui parfois localisent l'éruption psoriasique.

Malgré cette objection, dont nous ne cherchons pas à atténuer la valeur, l'observation de notre malade nous paraît ajouter un argument à ceux invoqués en faveur de la théorie nerveuse du psoriasis.

M. Du Castel. — J'ai en ce moment dans mon service un jeune garçon couvert de taches psoriasiformes de 1 centim. de diamètre et présentant en outre une traînée lichénoïde sur le trajet d'un filet nerveux. Il a guéri de son psoriasis, mais a gardé sa bande lichénoïde qui depuis s'est considérablement élargie.

Voici d'autre part une sage-femme dont l'observation me paraît intéressante à rapprocher des faits précédents.

# Éruption lichénoïde, suite de traumatisme sur le trajet du nerf

Elisa..., 46 ans, commercante.

Antécédents héréditaires. — Mère très coléreuse et nerveuse aurait pris beaucoup de bromure, morte à 64 ans d'une maladie aiguë. Père toujours bien portant, pas d'alcoolisme, mort d'un érysipèle. Un frère a eu des convulsions dans le bas âge.

Antécédents personnels. — Aucune maladie aiguë; mais toujours très nerveuse depuis la plus jeune enfance. La malade pleurait à la moindre contrariété, sa mère n'osait pas la gronder tant elle s'affectait et avait presque des crises de nerfs.

Il y a 16 ans, M. Péan l'opéra pour une tumeur fibreuse abdominale; depuis cessation complète des règles.

Depuis 3 ans, les affaires périclitant, la malade se fait beaucoup plus de mauvais sang, devient beaucoup plus irritable et nerveuse. Elle dort mal la nuit et pousse des cris.

Il y a un an la malade était en omnibus sur la plate-forme, son chien qu'elle adore galopait derrière, lorsque tout à coup un agent veut jeter un filet sur l'animal pour le prendre. La malade en éprouve un terrible saisissement et se jette en bas de l'omnibus avant que le conducteur n'ait le temps de l'arrêter. Elle tombe sur la tête et le bras et se fait une légère éraflure à la partie interne de l'avant-bras. L'éraflure guérit au bout de 2 à 3 jours.

15 jours après cette chute, sur la troisième phalange de l'annulaire se montre une petite rougeur ressemblant à une tache; elle se crevasse et se fendille en s'allongeant et bientôt tout le bord interne est pris. Elle démange beaucoup et il sort des petites vésicules eczémateuses qui crèvent.

Il y a 3 mois, cette même lésion se montre sur le rebord cubital de l'avantbras, sur le bord interne et externe de l'auriculaire. La malade avait ressenti quelques démangeaisons dans ces régions et se grattait un peu.

M. A. Fournier. — Les éruptions de la syphilis nous présentent souvent des modalités qui viennent confirmer ce qu'a dit M. Thibierge sur le rôle d'une irritation nerveuse préalable comme cause d'appel du psoriasis. Ainsi, j'ai soigné un malade qui, 2 ans avant sa syphilis, avait eu une phlébite du membre inférieur gauche. Or ledit membre fut criblé de syphilides, tandis que le droit a été absolument respecté.

La phlébite a donc été ici la cause d'appel pour la lésion cutanée, comme

la névralgie sciatique dans le cas de psoriasis.

Psoriasis. — Poussée aiguë simulant des placards d'eczéma sec prurigineux (névrodermite circonscrite) au cours d'un psoriasis ancien prurigineux.

Par M. Louis Wickham.

Le malade que j'ai l'honneur de présenter à la Société est un homme de 65 ans, atteint d'une affection cutanée dont le diagnostic est assez complexe.

Lorsqu'on examine le tronc et les membres, on observe que tous les plis articulaires (cou, aisselles, aines, coudes, jarrets, etc.), le scrotum et la verge sont le siège de larges placards rouges, à bords mal limités. Ces lésions dont l'apparition remonte à 6 semaines, sont les unes superficielles, érythémateuses, les autres infiltrées et épaisses. Elles sont le siège d'une fine desquamation furfuracée; aux aisselles, aux plis de l'aine, les lésions sont suintantes, modifiées par la macération; au scrotum et à la verge la desquamation se fait en lambeaux larges.

Ce qui caractérise ces placards de dermatite, c'est le prurit assez intense et par poussées dont ils sont le siège; ils sont en quelques points cou-

verts de traces de grattage, irrités et fissurés.

En ne tenant compte que de l'objectivité de ces lésions, un diagnostic s'impose, celui de névrodermite à localisations séborrhéiques (eczéma sec prurigineux en placards); mais le malade présente un psoriasis du cuir chevelu typique, et ici commence le gros intérêt de l'observation. Ce psoriasis du cuir chevelu est fort ancien, la première poussée date de 1871 et

fut soignée par Bazin qui porta le diagnostic de psoriasis arthritique. Il est probable que le qualificatif arthritique a été donné par Bazin en raison du prurit violent qui accompagnait l'éruption. Dans toute l'histoire du malade, disons-le une fois pour toutes, je n'ai pu déceler ni rhumatisme, ni goutte, ni coliques hépatiques ou néphrétiques, ni migraines à répétition, ni hémorrhoïdes, en somme pas d'état arthritique, si ce n'est de l'obésité; rien à noter dans les antécédents héréditaires du côté de l'arthritisme ou du système nerveux. Le malade n'est point nerveux, point alcoolique, ne présente dans les urines ni sucre ni albumine et n'a absorbé ni appliqué sur la peau aucune substance irritante.

Le malade fut rapidement guéri par Bazin de sa première poussée de psoriasis avec prurit; dans la suite quelques petits éléments revenaient sans cesse au cuir chevelu. En 1880, nouvelle poussée toujours localisée au cuir chevelu et toujours nettement prurigineuse. Le malade fut alors

traité par M. le professeur Fournier.

Depuis lors, apparition de rares éléments, puis brusquement il y a 2 mois, troisième attaque sérieuse au cuir chevelu, toujours accompagnée d'un fort prurit allant jusqu'à gêner le sommeil. Il n'y avait eu jusqu'alors nulle trace de psoriasis en aucun point du tronc et des membres. Seul, le cuir chevelu avait été atteint. Au contraire, à l'occasion de cette dernière poussée, le psoriasis a paru aux deux coudes, laissant les genoux indemnes, et les ongles des mains commencèrent à se décoller; ils sont actuellement le siège de lésions intenses de psoriasis (décollés, épaissis, recroquevillés, striés, etc.). Les ongles des pieds sont plus légèrement atteints.

En même temps que ces lésions nouvelles indiquant une atteinte plus sérieuse de psoriasis, se développaient rapidement en quelques jours les diverses autres lésions du tronc et des membres que nous avons primitivement signalées.

Quel rapport y a-t-il donc entre les lésions du tronc et celles du cuir chevelu? Comment faut-il interpréter les éruptions curieuses et au premier abord si dissemblables développées chez ce malade?

Tout d'abord le diagnostic d'eczéma séborrhéique, type Unna, doit être éliminé. Les localisations séborrhéiques existent, il est vrai, mais il ne semble y avoir eu là qu'une influence de « locus minoris resistensiæ». Les squames du cuir chevelu sont nettement psoriasiques, nacrées, fines, abondantes, recouvrant des surfaces qui par le coup d'ongle se laissent entamer et se couvrent de fines gouttelettes hémorrhagiques.

On pourrait adopter l'opinion d'une coïncidence de deux états morbides différents, l'eczéma sec prurigineux en placards ou névrodermite et le psoriasis. Je ne le crois pas. L'enchaînement des faits, l'état prurigineux dès le début, les altérations aux coudes et aux ongles nettement psoriasiques n'ayant apparu qu'à l'occasion de la dernière poussée, tendent à faire accepter toutes ces lésions comme dépendantes du psoriasis. En effet, si l'on reprend minutieusement

l'étude de l'éruption, on remarquera qu'au pénis et au scrotum la peau est épaissie et recouverte de squames plus épaisses rappelant le psoriasis de ces régions. De plus les placards ne sont point aussi nettement limités que dans la névrodermite vraie (lichen simplex chronique circonscrit). Les bords en sont plus diffus ; quelques plaques sont particulièrement superficielles. Le prurit s'y montre moins violent que dans la névrodermite. Enfin la peau en général est sèche et kératosique, et en quelques points, aux mollets par exemple, elle est rude et striée de quelques crevasses superficielles.

Je serai heureux d'avoir sur l'interprétation de ces faits l'opinion de la Société. Pour ma part, j'ai une certaine tendance à rejeter ici toute coıncidence. Les lésions me paraissent dépendantes les unes des autres et, comme l'affection primordiale est certainement psoriasique, il s'agirait pour moi d'une forme atypique de psoriasis. Ce psoriasis prurigineux ancien, localisé pendant de longues années au cuir chevelu, aurait été compliqué d'une poussée aigue (développée aux régions séborréiques) consistant en placards plus ou moins superficiels de dermatite exfoliatrice. C'est le prurit, accompagnant au même titre que le psoriasis du cuir chevelu cette complication rare mais connue, qui a pu compléterla ressemblance avec une forme de névrodermite. Il s'agit là de faits qui viennent montrer l'étroite parenté objective qui peut exister entre le psoriasis et l'eczéma sec prurigineux en placards, la névrodermite circonscrite actuelle. et fortifier la théorie pathogénique nerveuse du psoriasis.

### Pityriasis rubra-pilaire ou lichen ruber?

Par MM. H. HALLOPEAU et L. BRODIER.

Le titre de cette communication montre que nous n'acceptons pas, malgré la grande autorité de Kaposi, la manière de voir qui fait rentrer dans un même type morbide le pityriasis rubra pilaire (lichen ruber acuminatus de Kaposi) et le lichen de Wilson: il suffit d'étudier comparativement, dans notre musée de Saint-Louis, les pièces qui y représentent les différentes formes de ces deux maladies, pour se convaincre qu'elles constituent des espèces morbides tout à fait distinctes.

Ce n'est pas à dire cependant qu'il n'y ait des cas d'interprétation difficile dans lesquels les éléments de ces deux éruptions semblent exister concurremment ; c'est cette coïncidence qui a conduit Kaposi à en faire un seul type morbide: elle paraît manifeste chez le petit malade que nous avons l'honneur de vous présenter.

Paul L..., âgé de 4 ans, est atteint depuis un an d'une maladie de la peau. Elle a débuté par l'apparition, sur chacun des genoux, de plaques rouges et squameuses; puis l'éruption a envahi successivement les jambes, les mains; depuis six semaines, le visage est également intéressé.

Actuellement, l'enfant, dont l'état général est satisfaisant, présente les

altérations suivantes de son tégument externe.

Au visage, on distingue des éléments isolés et des éléments conglomérés.

Les éléments isolés consistent en de petites saillies miliaires, d'une coloration légèrement rosée; leur volume varie entre celui de la pointe et celui de la tête d'une épingle; leur surface, arrondie ou aplatie, donne au toucher une sensation de rudesse; ils sont, par places, groupés en séries linéaires; on en voitune, au-dessus du sourcil gauche, qui mesure environ deux centimètres de longueur.

Les éléments conglomérés forment des plaques qui atteignent plusieurs centimètres de diamètre; leur couleur est d'un rouge pâle; leurs contours sont nets et irréguliers; on y distingue des papules élémentaires, planes, luisantes, polygonales, groupées en séries linéaires, avec exagération des plis de la peau; elles occupent le menton, la lèvre supérieure, les ailes du nez, le milieu du front; dans certaines d'entre elles, on ne distingue pas d'éléments papuleux, mais seulement une rougeur pâle, avec exagération des plis de la peau.

Le tronc est presque indemne ; on voit seulement sur sa partie antérieure quelques papules miliaires isolées et très peu prononcées.

Sur les fesses, se trouvent des papules disséminées, planes, brillantes, rondes, avec point corné central; leur volume varie de celui de la pointe d'une épingle à celui d'un gros grain de millet; on remarque deux séries linéaires composées par trois de ces éléments.

Des papules semblables sont disséminées sur les membres inférieurs;

aux jambes, le point corné central est saillant et coloré en noir.

La partie antérieure des genoux est occupée par de larges placards à contours polycycliques, saillants au-dessus des parties saines, d'une coloration rouge pâle et jaunâtre; ils sont cloisonnés par des sillons qui s'entrecroisent de manière à former des saillies papuleuses conglomérées; à leur pourtour, on voit des papules planes avec concrétion cornée centrale; leur présence montre bien que les grandes plaques éruptives sont constituées par l'agglomération d'éléments semblables.

Sur le dos des pieds, ainsi que sur plusieurs des orteils, se trouvent des papules qui diffèrent des précédentes par leur forme nettement acu-

minée et la présence de cônes cornés centraux.

Le membre supérieur gauche présente, au niveau du coude, un placard semblable à ceux des genoux, mais moins étendu'; sur le dos des avantbras, quelques papules acuminées desquament légèrement; on en voit un groupe à la partie interne du poignet; sur le dos de la main, des papules planes forment une traînée d'environ 2 centim. de longueur. Sur la face dorsale des articulations métacarpo-phalangiennes, sont des papules planes, lisses et brillantes, avec ou sans concrétion cornée centrale, isolées ou conglomérées; certaines d'entre elles atteignent 4 millimètres de diamètre.

Sur la face dorsale des premières phalanges, se trouvent des agglomérats de papules nettement acuminées; elles présentent pour la plupart dans leur partie centrale, un cône corné saillant; les poils follets sont tellement grêles qu'on ne peut déterminer s'ils siègent ou non au centre de ces papules. Des groupes semblables existent sur le dos des secondes phalanges avec prédominance d'éléments plans.

Dans la paume de la main, on voit quelques flots de desquamation

ponctiforme.

Les caractères de l'éruption sur le membre supérieur droit sont les mêmes.

Des deux côtés, les lésions prédominent du côté de l'extension ; au poi. gnet seulement, on voit quelques papules du côté de la flexion. Il n'y a pas d'adénopathies. La muqueuse buccale est indemne. Le prurit est très modéré et ne détermine que passagèrement du grattage. L'état général paraît excellent.

Il n'y a pas d'antécédents de famille, mais, chez un petit frère àgé de 15 mois, il s'est produit depuis un mois, dans le dos et sur le membre supérieur gauche, une éruption de papules miliaires, lisses, planes, brillantes, d'un rouge jaunâtre ; des éléments semblables existent sur le membre supérieur gauche ; ceux-ci sont acuminés : il semble s'agir chez les deux enfants d'une affection de même nature.

A quelle maladie avons-nous affaire? On a vu que des éléments semblables à ceux du lichen de Wilson et des papules acuminées existent concurremment : l'hypothèse d'une simple coïncidence d'un lichen de Wilson et d'un pityriasis rubra pilaire ne peut être soutenue, car l'on trouve les intermédiaires entre les deux ordres d'éléments.

S'agit-il d'une forme anormale de lichen de Wilson? les caractères d'une partie des éléments éruptifs, leur volume variant de celui de points à peine perceptibles à celui de papules lenticulaires, leurs points cornés centraux simulant des ombilications, leur disposition en traînées linéaires sont en faveur de cette hypothèse. Mais, à côté de ces analogies, il existe des dissemblances non moins flagrantes : la physionomie générale de l'éruption n'est pas celle du lichen de Wilson; la comparaison avec les nombreux moulages du musée dans lesquels sont représentées les différentes formes de cette maladie donne nettement cette impression; dans aucun d'eux l'on ne voit figurées les nappes rouges du visage, ni les saillies acuminées des phalanges, ni les placards jaunâtres des coudes et des genoux : la coloration de ces placards diffère essentiellement de celle du lichen de Wilson; l'absence complète de lésions buccales malgré la généralisation de l'éruption est encore en contradiction avec l'idée d'un lichen plan. D'autre part, les saillies acuminées du dos des premières phalanges avec leurs cônes cornés saillants sont celles que l'on observe dans le pityriasis rubra pilaire; la dissémination et les localisations multiples de l'éruption appartiennent également à cette maladie. Toutes les probabilités nous semblent donc en faveur d'un pityriasis rubra pilaire.

S'il en est ainsi, comment faut-il interpréter la présence de ces papules semblables à celles du lichen de Wilson? selon toute vraisemblance, elles sont dues au grattage en même temps qu'à un mode de réaction spécial de la peau de l'enfant; ces papules, en effet, malgré leurs caractères si tranchés, ne peuvent être considérées comme des signes pathognomoniques d'un lichen de Wilson; on peut, bien qu'exceptionnellement, les rencontrer dans le lichen simplex de Vidal et Brocq; il semble bien que le grattage suffise à les produire; leur coïncidence avec les lésions élémentaires du pityriasis rubra pilaire serait d'ailleurs fréquente, d'après Kaposi; nous devons dire que les moulages de Saint-Louis ne sont pas en faveur de cette manière de voir; un seul d'entre eux présente en effet simultanément des papules planes et des papules acuminées.

Pour résumer cette discussion, nous dirons qu'il s'agit, selon toute vraisemblance, chez ce malade, d'un pityriasis rubra pilaire dont les éléments, sous l'influence du grattage, ont pris par places l'aspect de papules de Wilson.

Si cette interprétation est exacte, il faut compléter ainsi qu'il suit les notions qui ont cours relativement au pityriasis rubra pilaire :

1º En dehors des éléments acuminés, il peut se développer, dans cette maladie, des papules identiques à celles du lichen de Wilson; leur volume peut varier de celui de grains ponctiformes à celui de petites lentilles ; elles peuvent être disposées en séries linéaires;

2º Le pityriasis rubra pilaire offre alors une incontestable ressemblance avec le lichen de Wilson, mais cette ressemblance n'implique pas une identité de nature; la couleur rouge jaunâtre des éléments, l'aspect des placards qu'ils constituent, leurs localisations au visage, aux coudes, aux genoux et surtout sur le dos des phalanges, leur coïncidence avec des saillies acuminées à grain central, la modération et l'intermittence du prurit et l'intégrité de la muqueuse buccale sont des caractères qui, réunis, permettent de différencier du lichen de Wilson ces formes anormales de pityriasis rubra pilaire;

3º La production de ces papules lichénoïdes est vraisemblablement due au grattage en même temps qu'à un mode de réaction spécial de la peau;

4° La maladie de Devergie-Besnier conserve son individualité : elle demeure essentiellement distincte du lichen de Wilson.

M. E. Besnier. — Le pityriasis rubra pilaire est une dermatite multiforme à transmutations multiples, et présentant comme toutes les autres, des formes atypiques et des cas frustes. Dans ces derniers, auxquels appartient le fait de M. Hallopeau, les analogies morphologiques les plus communes sont celles que le pityriasis rubra pilaire affecte avec le proriasis; celles qu'il peut présenter avec le lichen ruber plan sont beaucoup moins ordinaires. Dans ces diverses circonstances l'analyse clinique, menée avec la précision qu'y a apportée M. Hallopeau, permet ordinairement d'établir, à peu près certainement, un diagnostic immédiat.

M. Du Castel. - M. Besnier pense-t-il que les doigts sont toujours pris les premiers?

M. E. Besnier. Il n'y a à ce sujet aucune règle absolue.

### Purpura hémorrhagique et pleurésie interlobaire gauche.

Par M. PAUL GASTOU.

J'ai l'honneur de présenter à la Société une malade du service de mon maître, M. le professeur Fournier, malade dont l'histoire clinique. tant au point de vue cutané que pulmonaire, est des plus difficiles à classer, nosologiquement et étiologiquement.

Mme R..., est âgée de 43 ans; ayant d'abord habité la Bourgogne, dont elle est originaire, elle est venue se fixer à Paris en 1887. Après avoir été cuisinière pendant quelques années, elle se consacre actuellement à l'éducation de son petit-fils et vit dans de bonnes conditions hygiéniques chez ses enfants.

L'histoire de ses antécédents héréditaires est suivie assez loin. Son grand-père paternel est mort accidentellement à 78 ans. Sa grand'mère maternelle commença vers l'âge de 60 ans des métrorrhagies abondantes en même temps que des vomissements de sang qui se manifestèrent à plusieurs reprises. Elle ne présenta jamais d'autres phénomènes et mourut à 84 ans.

Le grand-père maternel aurait eu des manifestations douloureuses du côté des articulations.

Le père de la malade, mécanicien sur une locomotive eut, vers l'âge de 38 ans, un traumatisme violent de la région épigastrique en même temps qu'une vive frayeur. A partir de cette époque il éprouva des troubles digestifs et mourut à 58 ans d'un cancer de l'estomac.

La mère, qui vit encore, est une arthritique, hémorrhoïdaire. Elle n'a eu que deux enfants : un garçon bien portant, âgé actuellement de 45 ans et notre malade.

Celle-ci, toujours en bonne santé pendant son enfance, n'a présenté ni gourmes, ni adénites. Réglée à 13 ans, la menstruation s'établit régulièrement.

Mariée à 17 ans, trois mois environ après son mariage elle eut une perte abondante avec caillots.

Depuis la naissance de son fils unique en 1869, elle a conservé des règles très abondantes et survenant 3 fois en 2 mois.

En 1886, affection de l'œil droit se traduisant par une congestion intense de la conjonctive qui dura 3 semaines et laissa à sa suite une diminution de l'acuité visuelle. En même temps, éruption de papules plates blanchâtres, non prurigineuses, non vésiculeuses ni pustuleuses. Cette éruption, difficile à déterminer, envahit les membres et disparut rapidement.

En 1888, affection thoracique avec toux, expectoration et point de côté droit, guérie en un mois. Il n'y a pas eu d'expectoration sanglante ou rouillée.

En 1889, subitement et sans prodromes apparaît un matin une éruption purpurique sur les bras et sur les jambes. Le lendemain : hématurie qui se continue pendant 6 jours. Ecchymoses sur les membres sans autres phénomènes. Le purpura disparaît au bout de 3 semaines. En interrogeant la malade elle se souvient qu'un mois environ avant l'apparition de l'éruption elle avait eu une émotion violente en voyant son petit-fils sous les roues d'une voiture (1).

En 1892, la malade se met à tousser de nouveau et se plaint d'un point de côté gauche. Elle entre à l'hôpital Saint-Antoine où l'on diagnostique une pleurésie interlobulaire gauche, siégeant à la partie antérieure de la poitrine : au-dessus du sein et vers l'aisselle. Il existe en outre des signes de bronchite aiguë.

On examine bactériologiquement les crachats: pas de bacilles de Koch. Trois ponctions capillaires sont faites au niveau de la partie antérieure et moyenne des 2º et 3º espaces intercostaux, au maximum des signes de pleurésie, sans succès. La bronchite seule guérit par le traitement. La malade part au Vésinet au bout d'un mois et demi, présentant toujours les mêmes signes pleuraux.

Au mois de lévrier 1893, deux hémoptysies à 8 jours d'intervalle; le sang est rejeté en abondance et présente une couleur rouge cerise. La malade n'est nullement effrayée et ne cesse pas de travailler.

Cependant elle tousse de temps en temps, souffre du côté gauche, se fatigue facilement et maigrit légèrement.

Il y a un mois environ, elle a de nouveau une vive frayeur. Puis les jours suivants : des maux de tête et de cœur, elle souffre du genou gauche et y applique de la teinture d'iode. Ce n'est que 15 jours après l'émotion ressentie qu'apparaissent sur les bras et les jambes quelques taches de purpura suivies le lendemain de métrorrhagie abondante.

La malade les jours suivants mouche du sang, expectore à chaque instant une salive rosée. Les urines se colorent en rouge, ses selles deviennent noirâtres. Céphalalgie persistante, sans fièvre.

Le 6 novembre, elle se présente à la consultation de M. le professeur Fournier, inquiète de ce qui s'est produit sur sa langue.

Elle présente, en effet, sur le côté gauche de la langue, vers la pointe, 3 saillies hémisphériques, rouge vineux foncé, de la grosseur d'un grain

<sup>(1)</sup> En 1890, curettage fait par le professeur Guyon.

de chènevis et ressemblant à s'y méprendre à de petits angiomes. Sur le bord droit, à la partie postérieure, saillie analogue.

Sous le raphé médian du voile du palais et sous la voûte, taches de même coloration ressemblant à des éclaboussures avec centre plus rouge que la périphérie. Rien au pharynx ni au larynx.

Sur la lèvre inférieure, la conque de l'oreille gauche, le menton, quel-

ques petites taches.

Les membres, autant à la flexion qu'à l'extension, présentent une série de taches purpuriques constituées par des papules saillantes de dimensions variant depuis une tête d'épingle jusqu'à une pièce d'un franc et de couleur rouge vineux, pourpre, noirâtre.

En certains points : au niveau de l'extrémité interne de la clavicule droite, au-dessus du coude droit, à la patte d'oie gauche, au creux poplité droit et à la face interne de la jambe droite il existe de véritables ecchymoses. Rien au dos ni sur l'abdomen. Rien à la plante des pieds ni à la paume des mains, si ce n'est une papule à l'extrémité de l'index gauche.

Il n'existe pas d'autres efflorescences cutanées. Pas de prurit. Pas de douleurs articulaires, ni d'œdèmes. Absence de fièvre. La température est même au-dessous de la normale, à 36°.

Pas de troubles trophiques. Sensibilité à la pression, au chaud, au froid, à la douleur absolument normale tant au niveau des taches qu'ailleurs. Céphalalgie fronto-occipitale. Insomnie.

Les réflexes plantaires sont normaux. Les réflexes patellaires sont fortement exagérés sans trépidation épileptoïde. Pas de troubles d'incoordination musculaire ni de la marche. Pas de points hystérogènes. Pupilles à réaction normale. Champ visuel normal.

Langue légèrement saburrale, gingivite légère sans saignement des gencives, stomatite avec haleine fétide et salivation abondante. Inappétence sans vomissement, sans dilatation gastrique. Constipation. Les selles sont noires et contiennent du sang. Rate et foie normaux.

Métrorrhagie abondante.

Urines de volume normal, foncées, troubles et laissant par le repos un dépôt noirâtre. Ce dépôt examiné au microscope contient des quantités de globules rouges, quelques globules blancs et des bactéries.

Les battements du cœur sont réguliers, sans bruits anormaux. Le pouls est régulier, petit, lent, et il bat de 80 à 90 pulsations à la minute.

L'auscultation du poumon est identiquement pareille à ce qu'elle était il y a un an et demi. Les signes de pleurésie sèche interlobaire existent toujours.

Dans la fosse sous-claviculaire gauche, tympanisme à la percussion, ce son tympanique va en s'atténuant vers les 2º et 3º espaces intercostaux et fait place à une matité absolue au niveau du 3e espace intercostal. La zone de matité est triangulaire, suit l'espace intercostal dans une étendue d'environ dix centimètres et mesure dans sa plus grande hauteur trois centi-

A ce niveau il existe une voussure assez marquée, les vibrations thoraciques sont abolies; il existe un souffle doux, aigrelet, surtout inspiratoire, la toux exagère le souffle et fait apparaître à l'inspiration une bouffée de fins craquements analogues à un imperceptible râle crépitant. Sur toute l'étendue de la matité il existe de la broncho-égophonie.

A part quelques légers craquements secs à la toux perçus dans la fosse sous-claviculaire gauche à l'inspiration, il n'y a de souffle nulle part ailleurs. Dans la fosse sous-épineuse gauche, sonorité à la percussion; l'inspiration et l'expiration sont rudes, presque égales en durée. Les vibrations thoraciques sont diminuées, le retentissement de la toux et de la voix est très marqué.

En arrière, dans toute l'étendue du poumon gauche, la sonorité est normale, l'inspiration et l'expiration sont rudes et bronchiques, les vibrations thoraciques sont diminuées (d'une façon générale, les vibrations sont à

peine perceptibles dans toute la poitrine).

En avant, du côté droit, la percussion donne dans la fosse sous-claviculaire et au-dessous un son submat, très diminué d'intensité par rapport au côté gauche, mais d'une tonalité plus élevée. L'inspiration et l'expiration sont diminuées d'intensité, légèrement saccadées, sans bruits surajoutés. Les vibrations thoraciques peu marquées. La toux et la voix retentissent.

En arrière, à droite, les mêmes signes à la percussion et à l'auscultation

qu'en avant.

La malade accuse une légère douleur au niveau du point mat. Elle tousse peu et expectore des crachats muco-purulents, dans lesquels la recherche des bacilles pratiquée plusieurs jours de suite a donné des résultats négatifs.

L'évolution de l'éruption purpurique s'est faite sans autres nouveaux phénomènes. Les taches de la langue et de la bouche ont disparu les premières, puis celles des membres inférieurs. Il en existe cependant encore fortement pâlies.

Le traitement donné a été les toniques quinquina et les astringents perchlorure de fer et tannin.

La température est restée presque continuellement entre 36°,5 le matin et 37°,5 le soir. Les hémorrhagies des muqueuses ont cessé dès les premiers jours, seules les pertes utérines ont duré plus longtemps.

En résumé, cette malade a présenté un purpura hémorrhagique hypothermique avec pétéchies, ecchymoses, hémorrhagies viscérales, sans douleurs ni œdèmes, sans troubles gastro-intestinaux ni nerveux, mais avec un état pulmonaire tout à fait spécial.

A quelle variété rattacher ce purpura ? et quel rôle peut avoir joué la lésion pulmonaire dans l'apparition de ces différents troubles

(est-elle cause, coïncidence ou effet)?

Ce n'est pas du purpura infectieux. Il n'existe en effet aucun état infectieux quoique l'ensemencement du sang recueilli le second jour au niveau des taches purpuriques, ait donné sur agar et bouillons des résultats positifs.

24 heures après l'ensemencement quelques petites colonies rondes, sail-

lantes, d'aspect blanc laiteux, sont apparues sur l'agar. Ces colonies étaient constituées par des microcoques groupés soit en forme de staphylocoques, soit et plus fréquemment en groupes de 2, 3 et 4 ou en chaînettes de même nombre d'éléments.

Réensemencée, la culture sur agar donne les caractères macroscopiques d'une colonie de staphylococcus pyogenes albus.

Cinq jours après l'entrée de la malade un nouvel essai de culture du sang des papules est fait. Cette fois-ci les tubes restent absolument stériles.

Les deux fois le sang a été examiné sur lamelles par les procédés de coloration habituels, la première fois quelques microcoques isolés semblent exister dans la préparation. La recherche du bacille de Koch dans le sang et les crachats a été négative.

L'examen histologique et bactériologique d'un fragment de peau pris sur la malade a donné les résultats suivants.

Peu ou point de lésions cutanées. Soulèvement de la couche cornée par des débris de sécretion graisseuse et sébacée abondants. Rien à la couche de Malpighi. Les capillaires papillaires sont irréguliers, mal dessinés, dilatés et entourés par places de cellules embryonnaires qui se retrouvent en d'autres points sans systématisation ni foyers nets. En un ou deux points une petite artériole a son endothélium et sa tunique externe épaissis. Rien aux glandes.

Bactériologiquement il est difficile de voir s'il existe des staphylocoques dans les taches de purpura, le caillot sanguin a été arraché presque totalement par les manipulations. Sous la couche cornée, au milieu des débris graisseux, quelques microcoques que l'on voit aussi sur les coupes et qui n'ont rien de bien probant.

A part la constatation de staphylocoques dans la première culture du sang, il n'y a donc pas de caractères infectieux dans l'évolution de ce purpura.

Y-a-t-il quelque élément cachectique? Pas davantage et quoique les globules rouges du sang paraissent à un simple examen moins abondants qu'à l'état normal, ils ne présentent ni des déformations ni des caractères particuliers aux cachexies. Les globules blancs sont légèrement augmentés de nombre sans exagération.

Peut-on incriminer un trouble de la nutrition? L'examen des urines a donné les résultats suivants :

Couleur : ambre clair. Densité 1020.

Réaction fortement acide, absence d'urobiline, 12,810 d'urée par litre. Ni sucre, ni albumine. Tous ces caractères indiquent un fonctionnement normal de l'organisme et la malade, quoique pâlie, n'est pas très amaigrie, s'alimente bien et peut travailler sans fatigue.

On ne peut invoquer, comme dans les cas de M. le professeur Fournier, une intoxication par l'iode ou par d'autres médicaments.

Il n'y a pas non plus de rhumatisme, d'éthylisme. Ce n'est pas

davantage l'évolution du scorbut. Il ne reste plus que deux diagnostics possibles, un purpura myélopathique ou une maladie de Werlof. En dernière analyse, c'est de cette dernière maladie que se rapproche le plus le purpura de notre malade, car il manque à son histoire clinique la plupart des signes du purpura myélopathique.

Il y a cependant quelque chose de plus: c'est l'affection pleurale

chronique.

Quelle est cette affection pleurale ou pulmonaire ?

Quelle est sa nature ?

Quels sont ses rapports avec les attaques de purpura ?

Est-ce une tuberculose à marche lente, à forme spléno-pneumonique, une pleurésie interlobaire bacillaire, ou une simple manifestation spléno-pneumonique ou pleurale d'origine infectieuse primitive?

Le siège de l'affection pulmonaire et ses signes font songer plutôt à une pleurésie interlobaire qu'à une spléno-pneumonie. L'absence de bacilles ne peut seule faire rejeter la tuberculose, mais la longue durée de la maladie, le bon état général, joints à ce signe négatif, seraient assez en rapport avec la localisation d'une infection primitive restant persistante en ce point et se manifestant encore de temps en temps à la suite d'une cause occasionnelle (émotion, choc nerveux), par des hémorrhagies capillaires cutanées (purpura) ou viscérales (hématurie-hémoptysies, métrorrhagie).

La nature de cette infection primitive est plus difficile à connaître? Est-elle sous la dépendance d'un carcinome pleuro-pulmonaire, d'une tuberculose pleurale latente; d'une infection utérine ou péri-utérine; ou plus simplement d'une infection momentanée de l'organisme par un foyer staphylococcique ancien. Il est impossible de le dire.

Quant au mécanisme pathogénique de ce purpura et de ces hémorrhagies viscérales, il est intéressant de faire remarquer l'existence : 1° de l'hérédité de la diathèse hémorrhagique, sans hémophilie, dans

la famille; 2º de la tare neuro-arthritique héréditaire.

Avec le premier caractère on peut expliquer une prédisposition à des altérations capillaires, que renforce la tare neuro-arthritique, laquelle en favorisant l'action du choc moral et agissant sur l'élément nerveux appelle et localise l'infection sur des capillaires déjà prédisposés: 1° par une faiblesse organique héréditaire (diathèse hémorrhagique); 2° par une nutrition défectueuse (arthritique), et 3° par une excitabilité toute spéciale des vaso-moteurs (nervosisme) entraînant une dilatation rapide des capillaires et une exsudation globulaire facile.

Et à ce point de vue il y a entre les purpuras et les ictères un rapprochement, un parallèle qui est tout entier dans le mode de réaction organique des capillaires de l'organe qui est le locus minoris resistentiæ héréditaire ou acquis (tantôt le foie, tantôt la peau). Une infection capillaire pouvant aller du purpura simple au scorbut le plus grave, de l'ictère infectieux bénin le plus doux à un ictère grave rapidement mortel. La localisation de l'infection et ses caractères dépendant de sa porte d'entrée et des conditions héréditaires ou acquises du terrain sur lequel elle se développe.

- M. Mathieu. Depuis quand dure la poussée actuelle? La malade at-elle eu des troubles gastriques?
- M. Gastou. Jamais cette malade n'a souffert de l'estomac; la poussée actuelle date de quinze jours.
- M. Mathieu. Il existe un type de purpura dont l'évolution est la suivante : du malaise, des troubles gastriques et intestinaux, des douleurs aux jambes et enfin, une éruption purpurique prédominant aux membres inférieurs. Dans un autre type, le purpura apparaît sous l'influence de l'émotion et du choc nerveux. D'autres sujets enfin, les neuro-arthritiques, peuvent avoir du purpura généralisé d'une variété spéciale, avec ecchymoses sous la plus légère influence. Il est difficile de ranger le cas de M. Gastou dans l'un de ces groupes. Peut-être l'infection est-elle en cause puisqu'il y a chez la malade une lésion pulmonaire inconnue dans sa nature.
- M. A. Fournier. Cette malade a offert une particularité remarquable : la présence sur la langue d'éléments purpuriques absolument comparables à de petits grains de raisin noir implantés dans la muqueuse; c'étaient là de véritables petites tumeurs érectiles, ces éléments ont disparu en quelques jours.
- M. Mathieu. Il n'est pas très rare de voir sur la muqueuse buccale des bulles remplies d'un liquide sanguinolent, qui une fois rompues sont remplacées par des ulcérations.

## Présentation de préparations d'embryons de filaires.

Par M. MOTY.

J'ai l'honneur de présenter à la Société une préparation d'embryons de filaires colorés par le bleu de méthyle suivant les indications de M. le professeur Laveran.

Le sang du malade qui les a fournis en contient un grand nombre pendant la nuit puisque j'ai pu en observer simultanément cinq spécimens sous un même champ du microscope avec l'objectif O.

Ce malade, né à Cayenne en 1851 et de race nègre, a séjourné dans la suite en France, à la Réunion, en Cochinchine, à la Martinique, à la Guadeloupe et enfin à Cayenne; il est actuellement en traitement

e

e

e

n

8

?

e

r

à

e

et

e)

n

n

1-

n

dans le service de M. le professeur Robert qui a bien voulu me confier l'examen de son sang au point de vue de la filariose.

Il présente de petites ulcérations fongueuses à la région sus-malléclaire de la jambe gauche, lésions qui ont débuté il y a 2 mois 1/2 par des indurations indolentes aboutissant lentement à la suppuration et présentant actuellement un peu de décollement de leurs bords.

Sur cette préparation qui représente un embryon mort, coloré par le bleu de méthyle, et vu avec un objectif n° 7 de Verick, on voit nettement la double paroi et l'on remarque que l'embryon ne remplit pas complètement sa gaine qui reste vide aux extrémités céphalique et caudale. Son canal central est rempli de granulations fortement colorées laissant des espaces libres.

L'examen des embryons vivants et sans aucune préparation est beaucoup plus intéressant: on pratique une piqûre aseptique au-dessus de la lunule unguéale d'un doigt de la main gauche, on en exprime la quantité de sang nécessaire et l'on a soin de recueillir et de couvrir rapidement la gouttelette à examiner; on recherche les embryons en parcourant méthodiquement la préparation avec un objectif O et dès qu'on en rencontre il est facile de les observer à loisir puisqu'ils ne se déplacent pas. Au début l'embryon est très mobile, mais ses mouvements irréguliers d'ondulations se ralentissent bientôt; on voit alors que sa gaine extérieure fait des plis dans la concavité de ses courbures; on aperçoit aussi dans son canal central des granulations pâles qui deviennent de plus en plus distinctes; l'extrémité céphalique offre une dépression centrale et des sillons longitudinaux peu nets.

Le sang se desséchant peu à peu tend à immobiliser l'aninal, mais l'addition d'une gouttelette de liquide neutre lui rend pour un instant l'énergie de ses mouvements; le froid qui le tue rapidement aux environs de 0° l'engourdit un peu à la température de + 15°. Aussi peut-on le ranimer passagèrement en réchauffant la lame porte-objet avec la pulpe d'un doigt. Après 18 heures nos embryons présentaient encore quelques faibles mouvements, c'est à ce moment que nous les avons soumis à l'action du bleu de méthyle; la quinine qui tue rapidement les embryons de « filaria sanguinis perstans » d'après les observations de M. le professeur Laveran, n'a pas d'action sur ceux de la « nocturna ».

En recueillant le sang qui a servi à ma préparation j'ai chargé deux lames; la première ne renfermait aucun embryon, j'en ai trouvé six sur la seconde; je ne pense pas que ce fait doive être attribué au hasard car je l'ai déjà noté antérieurement, l'ouverture d'un capillaire semble exercer une sorte d'appel sur les embryons circulant à proximité.

On sait que les beaux travaux de Manson ont établi l'existence de trois filaires différentes qui se rencontrent dans le sang de l'homme à l'état embryonnaire, et qui sont, d'après l'auteur anglais, la filaria sanguinis hominis nocturna, la filaria s. h. perstans et la filaria s. h. diurna. Ses derniers articles (Lancette anglaise, 3 janvier 1893; Congrès d'hygiène de Londres, 1893) sont connus de tous et il me suffit de les rappeler.

La première espèce, celle dont l'histoire est le plus avancée et dont la découverte a ouvert la route, trahit souvent sa présence par des troubles de la circulation lymphatique aboutissant au lympho scrotum, à la chylurie, à l'éléphantiasis, la seconde correspond à la

maladie du sommeil, la troisième au craw-craw.

Dans notre cas actuel, il s'agit bien de la filaria s. h. nocturna puisqu'on ne trouve l'embryon que la nuit ; il présente d'ailleurs le caractère morphologique attribué par Manson à cette espèce : extrémité caudale effilée; caractère qui lui est commun d'ailleurs avec la filaria s. h. diurna ; je ne veux rien dire de plus sur l'histoire des filaires du sang, mais je saisis l'occasion de rectifier une inexactitude que Manson a bien voulu me signaler dans un travail publié antérieurement dans la Revue de chirurgie (nº 1, 1892); j'avais dépassé la pensée du savant anglais en lui attribuant l'opinion que les jeunes filaires sortaient sexuées du corps du moustique, leur hôte intermédiaire. Au lieu de « sexuées » il y a lieu de lire « organisées » sans qu'il soit permis de se prononcer plus complètement sur le degré de cette organisation ; le canal alimentaire est développé à cette époque, a dit seulement Manson.

Quant à la voie suivie par les jeunes filaires pour pénétrer dans le corps de leur hôte humain, il ne s'est pas prononcé à ce sujet.

Il est inutile que j'insiste plus longtemps sur ces détails un peu techniques, l'essentiel était de montrer que des lésions pouvant jusqu'à un certain point faire penser à la syphilis ou à la tuberculose ont souvent pour cause chez les habitants des régions tropicales la filaria sanguinis hominis nocturna.

L'activité croissante de la circulation navale rendra ces cas de plus en plus fréquents en Europe et la dermo-syphilographie ne peut s'en

désintéresser aujourd'hui non plus que la chirurgie.

### Dermatite herpétiforme simulant les prurigos diathésiques.

Par M. AUDRY.

Note présentée par M. L. Brocq.

En 1890 j'ai eu l'honneur de présenter à la Société de dermatologie une malade atteinte d'une variété fruste de dermatite herpétiforme caractérisée par une éruption urticarienne d'aspect, à extension centrifuge, avec pigmentations consécutives, évoluant par poussées successives. J'avais insisté à cette époque sur l'importance de ce cas au point de vue de la conception générale des dermatites herpétiformes.

Depuis lors j'ai suivi de loin cette malade, dont l'histoire clinique n'a pas cessé d'être des plus intéressantes, et aujourd'hui jesuis heureux de pouvoir communiquer à la Société la note suivante de notre distingué collègue le Dr Audry, de Toulouse, qui vient d'observer pendant quelque temps ce sujet et qui a bien voulu m'envoyer le résumé de ses impressions.

Il résulte fort nettement de la lecture de son travail que la maladie continue à évoluer chez cette femme avec des aspects assez insolites pour dérouter tout observateur non prévenu. Elle semble prendre de plus en plus l'aspect d'un type assez particulier de prurigo diathésique. Elle constitue ainsi un fait de passage des plus intéressants entre les dermatites herpétiformes papulo-vésiculeuses typiques et les prurigos diathésiques.

## Voici la note du Dr Audry :

La malade a quitté l'hôpital Saint-Louis en octobre 1890; à son dire, elle était alors guérie depuis 5 mois, et ne présentait plus que quelques macules. A ce moment, elle pâlit sous l'empire « de contrariétés! », et le jour même vit réapparaître les accidents, c'est-à-dire des poussées sucsives de vésicules disposées en cercle ou en « jet ». Elle quitta Paris le 13 novembre suivant et revint à Toulouse.

Depuis lors, elle a fait en 1891 (été) un séjour à Royan, en été 1892 deux séjours à Luchon, un séjour à la même station en juillet-août 1893.

Presque au début de 1893, la maladie aurait conservé son caractère antérieur; les séjours de 1892 à Luchon avaient amené une guérison éphémère.

Au début de 1893 (la malade ne prenaît que de la valériane) la malade présente une aménorrhée de 2 mois sur l'origine de laquelle je ne puis être fixé, mais que je considérerai comme due à une fécondation : la malade nie d'ailleurs toute grossesse à ce moment. A ce moment et pendant janvier et février, la malade fut entièrement guérie : les démangeaisons avaient disparu; il ne subsistait plus que quelques macules ; les tégu-

ments du bras étaient même redevenus entièrement normaux et blancs.

En mars, réapparition brusque des règles très abondantes; depuis lors, la menstruation est irrégulière, très espacée dans le mois (10 jours environ). Il y a des caillots; la malade perd en blanc. Du reste, pas de phénomènes abdominaux. En somme, tous les signes d'une métrite hémorrhagique qui peut fort bien être post-abortive. Mais la malade qui n'a pas cessé d'être nerveuse ne se prête pas à un examen direct. Son état général n'a nullement été altéré et son aspect est superbe.

A la même époque (mars), lors de la réapparition des règles, il se produisit une nouvelle et forte poussée de vésicules disséminées surtout sur le ventre et les cuisses. Éruption jamais pustuleuse, toujours vésiculeuse; circinée sur un tégument rouge, apparaissant avec une extrême brus-

querie et très prurigineuse.

Depuis cette époque, elle a remarqué que la production des éléments

vésicules sans jamais cesser devenait de plus en plus maigre.

Les derniers cercles sont apparus en juillet sur les cuisses et le ventre. Elle accuse deux sortes de vésicules : les unes survenant sur une base rouge, tout à fait prurigineuse; les autres apparues d'emblée sur la peau saine, occupant les mains, les premières indolentes (on pourrait penser à une éruption sudorale très légère, mais la malade dit qu'elle se présente pendant l'hiver).

Le séjour à Luchon n'a pas donné l'amélioration ordinaire.

Nous vîmes la malade pour la première fois après son retour (25 octobre), et nous l'avons retrouvée le 8 septembre dans un état qui est le suivant : 8 septembre. Belle fille d'aspect robuste, manifestement surexcitable, sans stigmates bien positifs d'hystérie. (Examen incomplet de ce côté; la malade a eu jadis des crises nerveuses.)

Sur le tégument, on note :

1º Des macules. - Celles-ci sont disséminées sur le tronc et les membres; la face et les mains sont intactes; les bras sont sensiblement moins atteints ainsi que le cou. Ces taches sont brunes, planes, à niveau, et ressemblent exactement aux traces que laissent les érosions guéries d'un prurigo parasitaire. Seulement au niveau des régions sus et sous-inguinales, 2 ou 3 zones polycycliques, brunes, répondent à la dernière efflo-

rescence typique qui a eu lieu en juillet.

2º L'éruption actuelle est constituée par de petites papules identiques à celles qu'on voit dans les formes moyennes et légères du « prurigo des adolescents », petites papules, généralement semblables, peu saillantes, complètement coiffées par la croûtelle sanguine, jamais agminées en placards, apparues sur un tégument normal au voisinage immédiat, presque complètement affaissées aussitôt que la croûte est tombée. Mais le malade n'ajamais vu leur début par l'urticaire. Elles sont rouges dès leur apparition, et le prurit ne les précède pas, mais les suit. Le prurit est très intense, diurne et nocturne : toutes les papules, sans exception, sont excoriées au sommet; je n'en ai pas pu trouver une seule intacte. Au dire de la malade quelques-unes seraient vésiculeuses à la pointe : à coup sûr, ce ne peut être que de très petites vésicules terminales.

Elles sont disposées irrégulièrement, sans ordre ni figuration aucune,

çà et là, avec les éléments semblables d'âges différents, depuis la trace blanche presque effacée jusqu'à la macule brunâtre, récente qui correspond à une papule en régression : aucune éruption ne se présente sous une

apparence plus banale et moins figurée.

Elles ont leur maximum de nombre au niveau des fesses principalement, puis sur la région lombo-sacrée; elles sont encore abondantes sur la face interne et antérieure des 2 cuisses; peu de chose sur la face postérieure; creux poplités indemnes. Les jambes présentent pour le moment des papules peu nombreuses. Elles le sont un peu davantage, mais pas beaucoup, sur les bras, où elles ne dépassent guère le tiers antérieur de l'avant-bras. Les mains sont normales: je n'y ai pas vu de ces vésicules éphémères, indolentes, non prurigineuses qu'accuse la malade. Rien d'anormal du côté des phanères. Pas de dermographie. Le ventre présente des papules assez nombreuses, aussi bien que tout le reste du tronc (seins, etc.). Épaules et cou presque normaux. Rien aux aisselles (où la malade eut jadis, dit-elle, les placards suintants).

En résumé: la malade présente actuellement des éléments qui ne peuvent être mieux comparés qu'à ceux des formes simples et légères du prurigo de Hebra. Aucune localisation, aucune disposition figurée; rien que la trace de quelques efflorescences circinées, anciennes de 2 mois, inscrites en brun sur la peau du ventre et des cuisses.

On pouvait éliminer la notion d'une pédiculose à cause de l'importance de l'élément papuleux, des localisations et surtout des renseignements obtenus sur la marche de la maladie. En aucun cas, si la malade ne m'avait prévenu, je n'aurais pu penser à la dermatose de Duhring, même en présence des macules circinées, qui m'auraient d'ailleurs laissé dans d'étranges perplexités. Je n'aurais pas hésité à la considérer comme une forme un peu anormale de l'un quelconque des anciens prurigos, et je lui aurais mis l'étiquette de neuro-dermite lichénifiante, sans me faire illusion sur la signification très provisoire de cette appellation.

Il me paraît en tout cas impossible de ne pas y voir une dermatose d'origine nerveuse, et si la malade présentait ultérieurement des signes suffisamment positifs d'hystérie ou même de neurasthénie, j'éprouverais de grandes tendances à établir un rapport direct entre la dermatose et l'anomalie nerveuse.

M. E. Besnier. — La très intéressante observation de M. Audry ne constitue pas un fait isolé; on rencontre toute une série de dermatoses multiformes, protéiformes qui peuvent affecter, à une certaine période de leur évolution dans le temps, la phase « herpétiforme ». Dans un cas que M. Brocq et moi avons étudié en commun, après une période bulleuse intense et prolongée les bulles disparurent; mais le prurit persista et de temps à autre on voit apparaître une éruption de prurigo reproduisant le tableau de l'ancien lichen agrius.

M. Jullien. - J'ai eu l'occasion d'observer 2 cas de dermatite herpétiforme qu'il me paraît intéressant de vous signaler.

C'est d'abord un jeune homme de 27 ans que je vis en septembre dernier et qui m'était adressé comme atteint de syphilis. Sur le tronc et la racine des membres je vis une éruption caractéristique de gros nodules et de macules violacées dont il serait superflu de donner ici la description.

Ce qui me frappa, et ce qui avait causé l'erreur de mes confrères, c'est l'état des muqueuses. Gland et prépuce gonflés présentaient une vaste surface uniformément ulcérée, d'un rouge vif, et saignant au moindre contact; on eût dit ces organes pelés et le décalotage amena une véritable hémorrhagie. Le mal avait commencé là par un soulèvement bulleux, hydroïque de toute la muqueuse. Même chose à la face où les lèvres et les paupières étaient soulignées d'une bande marginale de couleur bistre, à contour irrégulièrement festonné, luisante et comme vernissée. Enfin, à la langue un élément érosif allongeait sur la face dorsale son centre jaunâtre et ses bords indécis.

Cette éruption essentiellement polymorphe, venue avec malaise général, fièvre et céphalalgie, s'était accompagnée de sensations douloureuses, picotements, brûlures et surtout à la verge et à l'anus d'intolérables déman-

geaisons.

J'appris que des poussées similaires s'étaient produites antérieurement, en novembre et décembre 1892, en mars et juin 1893; mon observation avait lieu en septembre, et j'ajoute que de nouveaux accidents se produisirent en octobre, bien qu'atténués par la médication alcaline et arsenicale. Quant aux causes occasionnelles, il y en avait toujours, et toujours il s'agissait, chez un homme, d'une grande sobriété habituelle, d'un écart de régime ou d'une grande fatigue ; en juin, dîner trop copieux ; en août, marche prolongée avec absorption d'alcool, absinthe; en octobre, pendant une période de 28 jours, longue étape au grand air et travail manuel des fortifications.

J'insisterai sur l'examen des urines qui me donna (avec une densité de 1027, et 49,23 de matières solides, 31 gr. d'urée, 0,36 d'acide urique, 3,30 d'acide phosphorique, 7,83 de chlorure de sodium) une acidité totale

de 4,85, soit quatre fois plus forte qu'à l'état normal.

Je me bornerai à mentionner le second cas que j'observai chez un jeune homme qui avait eu un chancre syphilitique soigné par les moyens abortifs que j'ai préconisés, et resté conséquemment exempt d'éruptions secondaires. Une dizaine de larges éléments de teinte bronzée, maculeux, quelquefois humides, atteignant pour la plupart le volume d'un écu, parurent sur le tégument par poussées successives, à intervalles variables, causant au malade de grands émois. Le diagnostic ne pouvait offrir aucun doute. Or, les urines examinées pendant une de ces époques éruptives contenaient l'énorme proportion de 0,95 d'acide urique, avec une densité de 1028, 3 gr. 10 d'acide phosphorique et 17 gr. seulement d'urée.

J'indique ces données à titre de document ; elles ont guidé ma thérapeutique et m'ont fait souvenir que Bazin avait rangé le mal qui nous occupe

parmi les arthritides.

Notions générales sur les dermatoses. — Application de ces idées aux divers types morbides. — De la méthode graphique en dermatologie.

Par M. L. BROCQ

Voir page 1157.

Inoculations expérimentales de la blennorrhagie faites à Lariboisière, dans le service du docteur Peyrot. Traitement préventif et abortif.

Par le Dr EUG. BOUREAU.

Depuis cinq ans j'ai suivi jour par jour et souvent deux fois par jour plus de 300 malades, tant à l'hôpital que dans ma clientèle privée, depuis l'origine jusqu'à la terminaison de leur blennorrhagie. Toutes mes remarques, toutes mes observations m'ont amené à me convaincre que la véritable solution du problème était dans l'intervention la plus rapprochée du début de l'écoulement.

Après de nombreuses tentatives plus ou moins heureuses, j'ai fini par imaginer, en 1891, un porte-topique spécial me permettant de laisser dans le canal uréthral, à la distance voulue, un pansement pendant le temps qu'il me convenait. Cet appareil, fait en coton à mailles légèrement serrées, ressemble à une mèche de lampe creuse et cylindrique; une de ses extrémités est libre, tandis que l'autre est nouée et retournée en doigt de gant; sa longueur est variable selon l'usage auquel on le destine; cependant les principales longueurs sont de 4 et

de 6 centimètres; le calibre correspond au n° 12 de la filière Charrière. Pour l'introduire dans le canal de l'urèthre on se sert d'un mandrin souple en gomme.

Cet appareil que j'ai appelé uréthromèche ne m'a pas donné d'abord beaucoup de satisfaction; après l'avoir abandonné je l'ai repris en 1892 et, cette fois, mieux inspiré, j'ai su en tirer parti de plus en plus, si bien que je pense posséder aujourd'hui un traitement à la fois pro-

phylactique et curatif de la blennorrhagie.

Jusqu'à ce jour une trentaine de malades sont venus me consulter dans les heures qui ont suivi la première apparition de l'écoulement. Je les ai traités par les pansements et les lavages antiseptiques uréthraux combinés et j'ai obtenu leur guérison définitive au bout de quelques jours. Le lendemain même de la première intervention,

l'écoulement avait disparu. En présence de ces heureux résultats, j'ai songé à la possibilité de la réalisation de la prophylaxie de la blennorrhagie par les pansements permanents intra-uréthraux à l'aide de mon uréthromèche.

De là aux inoculations expérimentales il n'y avait qu'un pas à faire et ce pas je l'ai fait, secondé par les encouragements de M. Peyrot et de M. Bazy, et surtout par le dévouement de trois de mes anciens malades.

Première expérience. — Le 7 mars 1893, à l'hôpital Lariboisière, je me suis le premier inoculé la blennorrhagie suivant le procédé que j'indiquerai ci-dessous. Un étudiant en médecine, M. Étienne B..., un de mes anciens malades ayant antérieurement bénéficié du traitement abortif de la blennorrhagie que je préconise, a bien voulu se prêter également à mes expériences.

Le pus m'a été fourni par un jeune homme de 19 ans atteint depuis 6 jours d'une chaudepisse d'une virulence très marquée et pour la première fois; l'écoulement était très abondant, d'un jaune verdâtre très caractéristique et accompagné de tous les symptômes aigus de la blennorrhagie : ce pus offrait donc toute la virulence désirable. Un échantillon de ce pus a été donné à M. Bazy, qui m'a gracieusement prêté son concours, pour en faire faire l'examen microscopique.

Le malade n'avait encore été soumis à aucun traitement.

A l'aide d'une spatule je me suis introduit de ce pus dans le méat, je l'y ai laissé pendant cinq minutes et, pour faciliter la pénétration de l'élément pathogène dans la muqueuse uréthrale, j'ai frictionné les parois du méat avec la spatule pendant toute la durée du séjour du pus dans l'urèthre. Ensuite je suis resté deux heures environ sans uriner. A minuit et demi, c'est-à-dire 13 heures après l'inoculation, je me suis soumis au traitement préventif qui consiste en un pansement permanent intra-uréthral à la vaseline sublimée au millième à l'aide de mon uréthromèche. J'ai gardé ce pansement jusqu'à huit heures du matin et n'ai plus rien fait dans la suite.

M. Étienne B... a été inoculé de la même façon le même jour et avec le même pus, seulement je lui ai fait son pansement uréthral à 9 heures et demie du soir, c'est-à-dire dix heures après l'expérience. Il a gardé son uréthromèche pendant six heures et il n'a subi aucune autre intervention les jours suivants.

Deuxième expérience, 11 mars. - M. P..., employé de commerce, un de mes malades de l'hôpital guéri assez promptement d'une blennorrhagie aiguë par le traitement des lavages au sublimé, s'est lui-même proposé de se soumettre à mes expériences. Cette fois je me suis servi de pus recueilli par M. Mermex, interne du Dr Balzer, sur des malades de l'hôpital du Midi.

Le manuel opératoire employé a été le même que précédemment. Le pansement intra-uréthral a été appliqué 10 heures plus tard et gardé pendant 6 heures.

Troisième expérience. - Le 4º sujet, M. F. R..., étudiant en droit, était

aussi un de mes anciens malades que j'ai guéri également d'une blennor-rhagie chronique, à l'aide de lavages antérieurs et profonds (appelés rétro-membraneux par M. Bazy) faits tantôt avec des solutions de sublimé, tantôt avec des solutions de permanganate, tantôt avec des solutions de nitrate d'argent. Ces dernières ont été employées sur les conseils de M. Bazy. D'ailleurs, je parlerai plus tard du traitement de la blennorrhagie par les lavages que j'emploie depuis 1889, ainsi qu'en témoigne un mémoire lu à l'Académie en janvier 1892. Le malade avait eu déjà 3 blennorrhagies. Je l'ai inoculé avec du pus provenant de l'hôpital du Midi le 18 mars; 11 heures après je lui ai fait un pansement intra-uréthral qu'il a gardé pendant 6 heures. Comme aux autres je ne lui ai rien fait les jours suivants.

Résultat. — Jusqu'à ce jour aucun des inoculés n'a eu le moindre suintement et cependant ils n'ont rien changé à leurs habitudes.

Réflexions. — Tous ceux qui se sont prêtés à mes expériences ont eu une ou plusieurs blennorrhagies; ils n'étaient donc pas réfractaires à cette maladie.

Les conditions de contagion dans lesquelles tous mes malades ont été placés étaient telles qu'aucun ne pouvait y échapper. Je puis d'autant plus l'affirmer que d'autres confrères en France et à l'étranger, Bell, Baumes, Vetch, Bettinger et Pauli (de Landeau), Thiry, Guyomar, etc., etc., ont fait des inoculations de pus blennorrhagique et que leurs inoculés ont eu la blennorrhagie; il y en a même qui ont gardé cette chaudepisse expérimentale plus d'une année.

En répétant ces expériences mon but n'était ni de montrer la contagiosité directe du pus blennorrhagique, ni de déterminer la durée de la période d'incubation de la chaudepisse, tout cela étant connu et admis de tous, mais il était de prouver que je crois posséder un traitement préventif efficace puisque sur 4 cas j'ai obtenu 4 succès.

Sans doute on objectera que 4 cas ne sont pas suffisamment démonstratifs et qu'il est encore impossible d'en tirer des conclusions franches et définitives; aussi n'ai-je pas fermé le champ de mes expériences.

Sans tirer aucune conséquence de mes premiers essais, les résultats déjà acquis m'autorisent à poursuivre la série de mes recherches, surtout aujourd'hui qu'il m'est démontré que je le ferai sans être nuisible à la santé de ceux qui placeront en moi leur confiance et leur sécurité.

M. A. Fournier. — Félicitons M. Boureau de sa courageuse expérience, mais faisons remarquer qu'il ne s'agit pas là d'un traitement abortif, mais bien plutôt *pré-abortif*. Car la blennorrhagie ne se produit pas 12 heures après l'inoculation, mais seulement 4 ou 5 jours plus tard.

On ne saurait faire avorter une maladie qui n'existe pas encore. Le vrai

traitement abortif de la blennorrhagie serait celui qui, l'écoulement paru, enrayerait et supprimerait la chaudepisse.

### Gangrène des deux testicules compliquant une blennorrhagie.

Par le Dr GEORGES BOGDAN (de Jassy), Membre correspondant de la Société,

Le nommé Burnea Ianen, 52 ans, ouvrier imprimeur, entre à l'hôpital Saint-Spiridon, le 1er mars 1892 (salle des vénériens).

Les antécédents héréditaires ne présentent aucun intérêt au point de vue qui nous concerne; il n'a pas connu ses grands-parents, ses père et mère sont morts de vieillesse; le malade a deux autres frères bien portants. Le patient a toujours joui, autant dans son enfance que dans son adolescence, d'une excellente santé.

Il y a déjà 29 ans à peu près (en 1863), il contracta un chancre pénien ; il ne peut pas nous donner de plus amples renseignements sur la nature de cet ulcère, mais cependant il nous affirme que ce chancre aurait guéri après un traitement de quinze jours et qu'il n'aurait été suivi ni de bubon, ni de roséole, ni de plaques muqueuses. Nous ne voyons plus la cicatrice de cet ulcère, les ganglions inguinaux ne sont pas tuméfiés, ils ne roulent pas sous le doigt.

Il y a 24 ans, en 1868, le malade eut une chaudepisse aiguë qui ne se compliqua d'aucune manifestation testiculaire, mais qu'il ne put parvenir à guérir jusqu'à aujourd'hui même; elle passa à l'état chronique et encore à l'heure actuelle, le malade l'a sous la forme de blennorrhée chronique. Depuis quelque temps, le malade ne suit plus aucun traitement, d'autant

plus que celle-ci ne le gêne en rien.

Vers le commencement du mois de février, il y a par conséquent de 20 à 25 jours, sans aucune cause quelconque, sans le moindre excès génital (le malade est marié depuis 18 ans et père de famille), la blennorrhée prit subitement une forme aiguë, se transforma en blennorrhagie vraie qui se manifesta par un écoulement purulent abondant, douleurs pendant la miction, etc. Mais deux, trois jours après l'apparition de cette dernière, le patient remarque que son testicule gauche devient douloureux, qu'il se tuméfie, devient plus dur et rougit sur quelques points. Le malade, effrayé de ce qui lui arrivait, alla à la consultation gratuite de l'hôpital Saint-Spiridon, et là on lui donna des pilules de copahu et un emplâtre de Vigo qu'il appliqua sur les bourses.

Mais en même temps que l'apparition de ces symptômes d'orchite, l'écoulement blennorrhagique cessa brusquement; il n'en fut pas de même du côté du testicule, lequel se tuméfia de plus en plus, devint fort douloureux et obligea le malade de s'aliter. Malgré le repos absolu et l'application des cataplasmes de farine de lin, les phénomènes inflammatoires prirent de grandes proportions; les douleurs étaient très fortes, le testicule très gros devint de plus en plus rouge, jusqu'à ce qu'un jour, vers le 20 février, un point du testicule, gros comme une pièce de deux francs, s'ouvrit et laissât écouler une certaine quantité de pus. A partir de ce moment, les douleurs furent plus supportables, une partie du testicule s'élimina (sic), le malade put quitter le lit pour aller de nouveau à la consultation de l'hôpital Saint-Spiridon où on lui fit un pansement iodoformé. Le testicule reprit peu à peu sa forme et son volume, la plaie se cicatrisa.

Mais presqu'en même temps la blennorrhagie recommença tout aussi aiguë que dans les premiers jours du mois de février, fait qui détermina le malade à entrer à l'hôpital, service des vénériens.

Pour la première fois quand nous le voyons à notre visite du 2 mars 1892, le malade ne se plaint que d'une blennorrhagie subaiguë, se manifestant par un écoulement purulent pas très abondant, ainsi que de certaines douleurs pendant les érections nocturnes. Nous lui prescrivons un opiat avec du copahu, une infusion de chiendent nitré et du bromure de camphre.

Les 3, 4 et 5, rien de particulier à noter, le malade paraissait aller un peu mieux.

Le 5 dans la soirée, le patient dit avoir ressenti subitement, et sans pouvoir incriminer une cause quelconque, une douleur très vive dans le testicule droit. Celle-ci devint de plus en plus intense et empêcha le malade de dormir pendant toute la nuit.

Le 6. Le malade nous raconte ce qui s'est passé la veille et nous constatons par nous-même une légère tuméfaction du testicule, de la douleur au niveau de l'épididyme, mais en même temps une suppression complète de la blennorrhagie. Nous supprimons l'opiat et nous ordonnons des cataplasmes de farine de lin sur les bourses que nous faisons tenir relevées à l'aide d'un suspensoir en bois ; le malade continue à boire de la tisane de chiendent nitré.

Le 7. Les douleurs ont été très fortes, le patient peut à peine remuer dans son lit, le moindre mouvement détermine des douleurs très aiguës. Le testicule a beaucoup augmenté de volume, il est dur, douloureux à la pression. Nous continuons le même traitement, mais nous recommandons aussi des suppositoires de morphine pour calmer les douleurs nocturnes.

Le 8. La nuit a été mauvaise, les douleurs ont été très vives, la morphine n'a presque pas agi. Le testicule est encore plus gros, il est dur, rouge, la peau du scrotum est tendue et luisante. Cependant les phénomènes généraux sont très peu prononcés, un peu de fièvre seulement le soir. Nous continuons le même traitement, mais nous appliquons sur le scrotum une pommade belladonée; nous administrons 50 centigr. de sulfate de quinine et nous recommandons à l'interne de faire une injection avec 5 centigr. de morphine si les douleurs devenaient très fortes.

Le 9. Le malade a eu une meilleure nuit. Le testicule est tout aussi gros, mais un point de ce dernier paraît moins dur et plus proéminent, faisant relief avec le reste de l'organe. d

L'urine examinée contient un léger nuage d'albumine, mais pas la moindre trace de sucre ; même traitement.

Le 10. Le point qui faisait relief et qui est gros comme une pièce de 1 franc, est situé à deux centimètres au-dessous du pénis et à droite, il est plus mou que le reste de l'organe et possède une coloration bleuâtre tranchant avec le reste du scrotum qui est toujours rouge. Cette partie du testicule est moins douloureuse; même traitement.

Le 11. La portion bleuâtre est grosse maintenant comme une pièce de 2 francs, elle a pris l'aspect d'une plaque ronde, elle est beaucoup plus molle, à peu près insensible, et sa température n'est pas aussi élevée que le reste de l'organe; elle paraît devenir fluctuante et sa coloration est

presque noire.

Le 13. Le malade accuse des douleurs bien moins intenses et nous raconte qu'il s'est passé du côté du testicule gauche des phénomènes tout à fait identiques environ 20 jours auparavant. Peu à peu il se produit un cercle éliminatoire entre cette plaque noire et le reste du scrotum ; il se forme un sillon tout autour et l'escarre grosse comme une pièce de 2 francs tend à se détacher. Une odeur fétide se dégage. La portion sphacélée tend à s'éliminer et au-dessous il s'écoule un peu de pus. A partir de ce moment l'élimination suit son cours jusqu'au 15 mars, époque à laquelle nous finissons de détacher avec des ciseaux la plaque gangrenée.

Au-dessous, l'on voit le parenchyme testiculaire à nu qui est situé au fond d'un trou gros comme une pièce de 2 francs, entouré de bourgeons charnus. Le malade n'accuse plus la moindre douleur; nous pansons la plaie avec de la poudre d'iodoforme qui se cicatrise relativement assez vite, car le 25 mars le malade complètement guéri demande son exeat;

la blennorrhagie n'avait pas reparu.

## Syphilis héréditaire tardive, gomme du testicule droit, syphilide tuberculeuse.

Par le Dr G. BOGDAN (de Jassy), membre correspondant de la Société.

Le nommé Fornic, Jean, 16 ans, laboureur, entre à l'hôpital S<sup>t</sup>-Spiridon, service des vénériens, le 20 septembre 1892.

Le malade n'a pas connu ses grands-parents. Ses père et mère vivent encore; il a deux autres frères plus âgés que lui qui sont bien portants; son père a été soigné, il y a déjà plusieurs années, à ce même hôpital pour des accidents syphilitiques.

Le patient a eu souvent des fièvres intermittentes ; il a eu également, et

quoique vacciné, la variole.

Il y a déjà 2 à 3 mois (le malade ne peut pas préciser), notre individu s'aperçoit que son testicule droit commence à grossir sensiblement; quelques douleurs lancinantes accompagnèrent cette tuméfaction et presque en même temps un bouton, une buba selon son expression, de la grosseur d'une fève, apparut sur la partie antéro-interne du scrotum et à droite. Le testicule, qui ne présentait aucun changement de coloration, devint en même temps très dur, la buba creva et il en sortit du liquide séro-purulent.

A partir de cette époque le testicule diminua heaucoup de volume, devint plus petit que l'autre, mais garda cependant sa dureté qu'il avait con-

tractée au début de la maladie.

Quelques jours après l'apparition de ces phénomènes testiculaires, le malade remarqua une éruption de boutons, analogues à celui qui était venu sur le testicule, sur diverses parties du corps, notamment sur les avant-bras et sur les cuisses. Une vieille bonne femme le soigna, ces boutons guérirent tout en laissant des cicatrices qui existent encore aujourd'hui.

Le 21 septembre 1892, à notre visite du matin, nous voyons le malade pour la première fois ; il est dans l'état suivant.

Les avant-bras et les cuisses sont le siège d'un certain nombre de cicatrices indolores, de forme réniforme, de couleur jambonnée, dues probablement à une éruption pustuleuse antérieure. Rien d'autre à noter sur le reste du corps; pas de tumeur, pas de gomme; le malade nie tout accident vénérien antérieur, nous ne voyons d'ailleurs rien de suspect à cet égard; il n'a eu ni chancre ni blennorrhagie.

Le testicule droit, de la grosseur d'une noix de moyenne dimension, dur comme du bois, indolore à la pression et sans présenter aucun changement de coloration de la peau, présente à sa partie antéro-interne, près du raphé médian, une tumeur de la grosseur d'une très grosse noisette, tumeur mollasse, semi-fluctuante, rouge, et qui paraît accolée sur le testicule sur lequel elle fait relief.

Les jours suivants cette tumeur, qui est presque indolente, s'étend en largeur, s'aplatit à son centre, se ramollit et laisse écouler une matière semi-liquide blanc jaunâtre, matière analogue en tous points aux sécré-

Maintenant la tumeur, a atteint les dimensions d'une pièce de 1 franc, elle est plus aplatie, blanc jaunâtre au centre, rouge à la périphérie. Nous retirons de son milieu avec la pince quelques parcelles de tissu gommeux; nous voyons alors apparaître au-dessous le testicule à nu avec une légère perte de substance. Nous faisons un pansement à l'iodoforme et nous prescrivons de l'iodure de potassium à l'intérieur.

Le malade va un peu mieux les jours suivants, la plaie testiculaire a l'air de vouloir cicatriser assez rapidement. Mais en même temps, le malade qui ne s'est plaint d'aucun symptôme général, prétend avoir ressenti des douleurs du côté du testicule gauche.

Ce dernier est en effet un peu plus gros que lors de son entrée à l'hôpital, il est dur, douloureux à la pression, mais ne présente cependant aucune réaction inflammatoire. Nous appliquons des cataplasmes de farine de lin sur ce dernier, pansement à l'iodoforme sur l'autre, 2 gr. d'iodure de potassium par jour.

Douze jours après, la gomme du testicule étant presque cicatrisée, le malade demande son exeat. Le testicule gauche est très petit et très dur, le droit plus gros mais également très dur. Le toucher prostatique n'a

rien révélé.

Nous parvenons à garder le malade jusqu'au 10 octobre, époque à laquelle, voulant absolument quitter l'hôpital, nous signons sa pancarte; à ce moment la tumeur était presque complètement cicatrisée.

> Le secrétaire, L. JACQUET.

## REVUE DES SOCIÉTÉS SAVANTES

# ACADÉMIE DES SCIENCES ET LETTRES DE MONTPELLIER (SECTION DE MÉDECINE)

Séance du 6 février 1893.

#### Un cas de syphilis cérébrale.

M. A. Brousse communique une observation qui peut se résumer ainsi syphilis contractée à l'âge de 17 ans, évolution maligne avec manifestations se succédant presque sans interruption sous forme d'éruptions cutanées et de plaques muqueuses buccales et ano-génitales, de céphalée; à 20 ans, gommes sur les jambes; à 22 ans, attaque d'hémiplégie gauche, avec embarras de la parole et torpeur intellectuelle, disparition des troubles intellectuels, puis rétrocession partielle des accidents cérébraux sous l'influence du traitement mixte; mort par pneumonie tuberculeuse. A l'autopsie, artérite de la sylvienne droite, foyer de ramollissement très étendu portant sur la partie moyenne du centre ovale, au niveau de la région fronto-pariétale, intéressant particulièrement les deux tiers antérieurs des noyaux caudé et lenticulaire ainsi que la capsule interne, foyers corticaux de ramollissement au niveau du pied de la 3° circonvolution frontale et de la partie correspondante de la frontale ascendante et au niveau du lobule du pli courbe.

L'hérédité névropathique (père mort à 45 ans d'une attaque d'apoplexie) a certainement joué un rôle dans la localisation cérébrale de cette syphilis qui a été aggravée par la vie de débauche menée par la malade depuis l'âge de 16 ans.

#### SOCIÉTÉ VIENNOISE DE DERMATOLOGIE

Séance du 22 février 1893.

PRÉSIDENCE DE M. NEUMANN

#### Œdème du prépuce.

M. Ullmann présente un jeune homme avec un œdème du prépuce gonflement pâteux assez uniforme, un peu asymétrique, sans cordon lymphatique nettement perceptible au toucher, sans ulcération ni processus inflammatoire.

Des points rouges sur la symphyse ont été produits artificiellement par divers médicaments appliqués par le malade. Pas de lésions organiques, notamment pas d'albumine dans l'urine. Infection syphilitique il y a environ 3 ans, mais l'œdème chronique du prépuce est de date plus récente. La peau du scrotum est hypertrophiée, les papilles du derme ont

augmenté de volume. Il y a dans les plis de l'anus des débris probables de condylomes larges, mais pas d'autres signes manifestes de syphilis. Dans ces derniers temps une cure de frictions n'a pas modifié l'affection du prépuce. L'orateur croit qu'il s'agit ici d'un cas obscur d'œdème chronique consécutif à une infection syphilitique, peut-être par suite de l'oblitération de quelque vaisseau lymphatique. On pourrait penser, il est vrai, à l'éléphantiasis des Arabes, mais on ne trouve pas l'induration caractéristique qui résulte dans ces cas de l'hypertrophie du tissu conjonctif de la peau.

M. Lang voit chez ce malade un œdème se rattachant à la syphilis, sans pouvoir cependant considérer cette lésion comme un œdème syphilitique. Il s'en tient à l'opinion de Finger, d'après laquelle une infiltration chronique de ce genre est due à l'invasion de certains microbes. Il y aurait là un état analogue à ce qu'on appelle l'œdème induré qui n'est pas un

symptôme direct de la syphilis.

M. Hebra ne voit aucune relation directe entre la syphilis et cet œdème chronique; tout au plus pourrait-on admettre une relation indirecte, un obstacle au reflux par quelque processus cicatriciel ou une oblitération des vaisseaux. Ce cas est d'autant plus remarquable que cette affection est très rare dans nos régions, plus fréquente dans les pays chauds. Peutêtre l'épaississement n'est-il pas dû entièrement à l'œdème; il s'est certainement formé un peu de tissu conjonctif et, après la disparition de

l'œdème, il restera un épaississement de la peau du pénis.

M. Kaposi regarde ce cas comme un éléphantiasis des Arabes, dans lequel, quand il atteint les parties génitales, on ne découvre pas toujours un obstacle mécanique. Chez un malade de sa clinique le pénis est aussi infléchi et affecté d'une pachydermie considérable, mais en partie œdémateuse; comme dans toutes les formes d'éléphantiasis, une part de l'épaississement est due à l'œdème. Une partie de l'épaississement disparaît dans une position donnée, amenant la régression de l'œdème. La région interne de la cuisse et les fesses présentent le même phénomène chez le sujet soumis à notre observation. Depuis son séjour chez nous il a parfois des érysipèles avec épaississements consécutifs de la peau, qui disparaissent ensuite. Le malade actuel présente les symptômes caractéristiques de l'éléphantiasis; sur le scrotum, larges nodules aplatis qui se transforment ensuite en excroissances verruqueuses plates; sur le pénis, formation de tissu conjonctif. C'est une phase initiale d'éléphantiasis du scrotum et du pénis, dont la cause est inconnue, qui ne saurait être attribuée uniquement à l'eczéma antérieur. L'orateur rappelle un cas de varices lymphatiques du scrotum sans traces d'éléphantiasis. En l'espace de deux ans, il s'est développé aussi un éléphantiasis du scrotum.

M. Ullmann dit qu'il y a bien songé dès le début, mais il fait remarquer que l'œdème pâteux et ses transformations ne viennent pas à l'appui de cette manière de voir et que l'œdème pourrait être dû à un obstacle dans les vaisseaux lymphatiques. Dans un cas qu'il a observé autrefois, il vit survenir, après l'extirpation des ganglions inguinaux des deux côtés, un œdème chronique de ce genre du prépuce, lequel persista plus d'un an

avec une intensité variable.

M. Neumann. — Personne ne pourrait faire le diagnostic d'après l'aspect seul du pénis; on peut penser d'abord à un rapport avec la syphilis, surtout à des processus de suppuration, par exemple à des abcès périuréthraux. Mais il n'existe pas d'œdème syphilitique induré dont la coloration soit aussi claire que celui-ci. Quand on voit, comme dans ce cas, le scrotum recouvert de proliférations miliaires dures, il s'agit certainemen td'un éléphantiasis commençant. L'orateur a eu dans sa clinique plusieurs malades atteints d'uréthrite chronique qui présentaient des œdèmes de ce genre, se transformant plus tard en pachydermie.

#### Acné frambœsiforme.

M. Ullmann présente un homme et une femme atteints d'une affection qu'il désigne d'après Hebra sous le nom d'acné frambœsiforme et qui est intéressant par sa localisation à la nuque. Kaposi a décrit cette maladie sous le nom de dermatite papillaire du cuir chevelu. L'orateur étudie actuellement trois cas de ce genre au point de vue de l'étiologie, mais il ne peut encore rien dire de précis à cet égard. On trouve dans les produits morbides des germes qui ne sont pas les microorganismes ordinaires du pus, des staphylocoques. Kaposi parle d'un processus « spécial ». Il ne dit rien de l'étiologie. L'orateur serait aussi d'avis que le caractère clinique suffit pour différencier cette maladie de l'acné vulgaire confluente et que les conditions anatomiques indiquent une étiologie spéciale. La tendance à la suppuration, admise par Ferdinand Hebra dans sa description initiale, à une époque où on ne connaissait qu'un très petit nombre de cas, n'a pas toujours été constatée ; il y a ici tendance à l'induration. La localisation jusqu'ici (dans 4 cas des dernières années) est toujours la même. Il y a eu chez ces malades deux récidives, comme on le voit aux cicatrices. La récidive très opiniâtre et rapide montre que la maladie n'exige pas des mois et des années, comme on l'a décrit, pour déterminer cette sclérose, mais qu'il suffit de 6 semaines comme dans les cas actuels. Sur l'occiput il existe des cheveux en quelques points, pas de cheveux en d'autres, de la suppuration en certains points, de l'induration du tissu en d'autres.

M. Neumann regarde cette maladie comme un sycosis frambæsiforme, localisé à l'occiput. Très souvent il est d'origine traumatique. Un coup sur l'occiput produit une contusion avec hémorrhagie, tuméfaction de l'aponévrose, puis l'exsudat est résorbé. Mais dans d'autres cas il se forme du tissu conjonctif et finalement le cuir chevelu pend sur la nuque en forme de coiffe; à la limite de la nuque il se développe des nodosités dures, qui crient sous le scalpel. En même temps les cheveux pénètrent dans le tissu sous-cutané; dans un cas on a pu les arracher comme une véritable tresse.

M. Hebra. — La maladie est si difficilement curable qu'on peut en conclure que le germe morbide agit d'une manière durable sur le tissu sain et provoque ainsi ces modifications spéciales. Si l'on ne détruit pas tout systématiquement, y compris les parties voisines, avec le Paquelin ou un autre caustique, la récidive est fatale.

Dans nos recherches sur l'agent morbide, on n'a obtenu aucun résultat,

car l'examen histologique n'a porté que sur deux cas. L'orateur serait disposé à exclure une cause traumatique dans cette affection ou à n'y voir qu'un facteur favorisant le développement du germe morbide.

M. Ehrmann. - Il est question dans l'ouvrage de F. Hebra de formes de sycosis que j'interpréterais autrement. Chez des sujets très velus il survient d'abord sur la peau de la nuque des pustules qui guérissent, puis il y a récidive et chaque fois la nuque devient plus dure. Quand la phase aiguë est passée, l'infiltration diminue légèrement, mais elle reparaît avec la poussée suivante et ainsi de suite pendant des années (dans un cas que l'orateur traite depuis 7 ans, la peau était aussi résistante dès la première année que dans un cancer en cuirasse). Hebra dit dans son livre avoir vu cinq cas de ce genre ; d'après lui et Alibert, il se forme des foyers purulents dans lesquels pénètrent des touffes entières de cheveux que l'on ne peut arracher; il en était de même dans son cas. Il a pratiqué l'examen anatomique autant qu'il est possible de le faire sur le vivant et il est arrivé aux résultats suivants : petites dépressions sur la surface de la peau de place en place. La pression fait sortir un liquide en partie purulent, en partie trouble, séreux, parfois brunâtre; avec la sonde on pénètre dans des cavités tout à fait irrégulières; plus le processus dure, plus les cavités deviennent petites et plus l'état scléreux augmente ; des tousses de cheveux très adhérentes émergent des cavités; quelques-unes de ces dernières sont oblitérées. Il n'a trouvé dans la sécrétion que des microorganismes connus, le plus souvent le staphylococcus pyogenes aureus, dans quelques cas le citreus et l'albus. Il considère ces cas comme des folliculites persistantes de la nuque. On les observe toujours chez des sujets qui ont les cheveux épais, plantés profondément; la chevelure descend très bas (dans son cas jusqu'à la 7e vertèbre cervicale). Si la suppuration pénètre loin, il en résulte des fistules qu'Hebra a décrites et comparées à l'anthrax. Comme pour les fistules de la marge de l'anus ou d'un bubon suppuré, il se forme autour de ces points du tissu scléreux qui déprime la peau en forme d'entonnoir, l'épithélium se prolonge en dedans, les fistules se recouvrent d'épiderme; en même temps les bulbes des poils sont tirés en dedans avec la peau, les poils poussent dans la cavité et ressortent en dehors, de là viennent les touffes de cheveux. L'orateur considère ces cas d'une façon toute différente de celle d'Hebra et serait d'avis de leur donner un autre nom que celui de sycosis frambœsoïde.

M. Hebra a observé une série de cas de ce genre pendant des années. Même la forme grave, telle que celle du cas cité par Neumann, débute par une folliculite de la nuque. On peut à la rigueur partager les cas en deux groupes, ceux dans lesquels il y a au début beaucoup de suppuration et ceux dans lesquels elle est peu abondante. Cela peut tenir à l'idiosyncrasie du malade ou à des causes externes, frottement, pression, transpiration peut-être aussi à l'invasion plus ou moins considérable des germes de la suppuration. On peut toujours constater un peu de suppuration par compression, non tous les jours, mais dans chaque cas. L'explication d'Ehrmann concorde d'ailleurs complètement avec celle admise par l'orateur depuis des années, et précisément les premiers cas décrits par mon père se sont développés de cette manière. On a souvent constaté la présence

des cavités à l'aide de la sonde. Autour de ces cavités se trouve un tissu qui devient de plus en plus dur, il comprime les cavités car il va toujours en se développant, tandis que les autres tissus disparaissent. Notamment tous les cheveux voisins de la cavité sont supprimés. Mais il arrive qu'une touffe de cheveux pénètre par hasard à l'intérieur, alors que toutes les autres ont disparu. Ce sont les cas qu'a vus Ehrmann, seulement il a observé les phases tardives et dans le cas actuel on voit le début. Chez la femme la maladie s'est portée davantage vers l'occiput, chez l'homme elle siège plus près de la limite des cheveux. Aussi chez ce dernier il s'est produit l'aspect décrit par Ehrmann, non chez la femme par suite de la localisation différente.

Dans un cas observé alors que j'étais encore assistant, la maladie s'étendait sur tout l'occiput en laissant libres de petits intervalles, en somme il était tout le tableau décrit par Ehrmann. Néanmoins je crois que ces cas ne constituent que des phases dissérentes de développement.

M. Ullmann. — Dans la plupart des cas on constate que cette maladie se manifeste chez les individus qui ont les gaines de la racine longues et les cheveux épais; il en est ainsi chez ces deux malades. Mais il connaît une autre personne depuis longtemps en traitement et dont la chevelure est très clairsemée et très fine. Il est possible que la longueur des cheveux joue un rôle dans la localisation, leur épaisseur ne paraît pas avoir une importance décisive.

M. Ehrmann. — Hebra a dit que la présence des proliférations papillomateuses tenait à l'iodiosyncrasie des malades. Il est possible que ces proliférations soient dues à des causes externes. Il s'agit alors d'une com-

plication.

Personne ne peut affirmer qu'il n'y ait pas une infection mixte. Chez le malade qu'il traite depuis 7 ans il n'y a encore aucune trace de prolifération papillomateuse. F. Hebra a cité un cas dans lequel il y avait des fistules profondes et où on constata de la fluctuation dans un point très profond et l'incision mit au jour des touffes de cheveux. Cet état peut s'expliquer par un phlegmon diffus, tel que ceux observés dans les fistules du rectum et dans les bubons, et les poils ne sont pas autre chose que les cheveux tombés qui ont obéi à la pesanteur et pénétré dans le trajet fistuleux; ce ne serait donc pas tant la rétraction du tissu que le phlegmon diffus qui entraîne les poils.

M. Ullmann répète que cette phase de la maladie paraît avoir une étiologie spéciale. La possibilité de processus purulents qui détermineraient un phlegmon diffus, la formation de touffes de cheveux n'a rien à faire ici. Ce qui caractérise la maladie, c'est la non-suppuration et l'extension à

de grandes surfaces du cuir chevelu.

#### Réinfection syphilitique.

M. Lang présente un homme qui vint à l'hôpital le 4 novembre 1888 avec un chancre induré. On institua alors un traitement préventif dont les résultats furent peu encourageants car il y eut plusieurs récidives. Hier le malade s'est présenté de nouveau à l'hôpital avec un chancre induré manifeste, scléroses prononcées des cordons lymphatiques, lymphadénite,

exanthème papuleux. Il s'agit donc d'une réinfection. Le traitement préventif qui n'a pas eu de succès a pourtant abouti à ce résultat que la réinfection a été possible.

M. Neumann. - La réinfection syphilitique est un fait des plus rares. Les cas, il est vrai, sont nombreux si on regarde tout ulcère à base indurée, sans symptômes consécutifs de syphilis générale, comme le résultat d'une infection. Ici la réinfection est certaine, puisqu'il y aune syphilide papuleuse disséminée récente. Il n'a vu en tout que cinq cas certains de réinfection, Un fait digne de remarque, c'est que cette réinfection se produit peu de temps après la première infection. C'est ainsi qu'une jeune fille traitée à la clinique a contracté un chancre induré de la lèvre avec une syphilide maculopapuleuse, 18 mois seulement après la première infection. Un autre malade avait été traité deux ans auparavant par un médecin expérimenté, 50 frictions; il revint avec une sclérose indurée et une syphilide maculopapuleuse. Les trois autres cas étaient analogues. Ces faits montrent d'une manière évidente, contrairement à l'avis d'Hebra et de Bärensprung, que la syphilis est curable. Mais relativement aux individus qui s'exposent à plusieurs reprises à l'infection sans prendre la syphilis, je suis d'accord avec Bärensprung pour admettre une espèce d'immunité, exactement comme pour les exanthèmes aigus.

M. Ullmann. — Ce cas a pour lui une valeur particulière, car il se trouvait avec Lang à l'époque du traitement et il sait combien celui-ci a été long. Depuis il a vu un grand nombre de réinfections qui se bornaient, il est vrai, à l'accident primitif avec ou sans engorgement ganglionnaire, mais qui ressemblaient extraordinairement au type des scléroses syphilitiques. Il ne se rappelle pas d'avoir vu jamais un exanthème manifeste comme celui-ci.

M. Neumann doute qu'il se soit agit réellement de réinfection dans les cas observés par Ullmann; tout ulcère à base indurée survenant chez un syphilitique n'est pas la syphilis, mais un chancroïde.

M. Ullmann connaît très bien par sa propre expérience les faits signalés par Neumann, et c'est justement pour cela que le cas de Nowacek lui paraît présenter un intérêt spécial, parce qu'il y a ici une réinfection dans laquelle les symptômes secondaires se traduisent sous forme d'un exanthème aussi caractérisé.

M. Lang a vu toute une série de réinfections, il n'a présenté ce malade que pour montrer les suites fâcheuses d'un traitement préventif. Il serait d'autant plus agréablement supris que le résultat fût aussi bon, qu'il y eût guérison de la syphilis.

#### Complications de la blennorrhagie.

M. Lang parle ensuite du malade atteint de complications graves au cours d'une uréthrite, avec arthrite des deux genoux, inflammation de l'articulation entre la 1re et la 2e vertèbre cervicale. Ce malade ne peut pas encore être présenté. Un fait intéressant, c'est que actuellement l'articulation gauche de la mâchoire est affectée, la mastication est douloureuse, ainsi que la pression exercée sur le bord inférieur du maxillaire inférieur. Les dents du côté gauche sont recouvertes d'un enduit très adhérent et

qui n'existe pas à droite. A la suite des observations de ces derniers temps, spécialement après le cas de métastase blennorrhagique ayant formé un abcès du dos de la main, on est conduit de plus en plus à admettre des infections générales au cours d'uréthrites. Chez un jeune garçon atteint d'uréthrite aiguë, il survint, au bout de quelques jours et avec un caractère très aigu, des paralysies qui se développèrent des parties supérieures du corps aux parties inférieures et furent suivies d'une terminaison fatale; à l'autopsie on ne trouva qu'un œdème du cerveau, pour lequel on ne put découvrir d'autre cause que l'infection blennorrhagique.

A. Dovon.

Séance du 8 mars 1893.

#### PRÉSIDENCE DE M. NEUMANN

#### Érosion avec infiltration du prépuce ayant l'aspect d'une sclérose. Exanthème papuleux?

M. Schiff présente un enfant porteur d'une érosion du prépuce avec infiltration, ayant l'aspect d'une sclérose. La présence sur la partie postérieure des deux cuisses d'efflorescences brun rouge un peu déprimées au centre vient à l'appui de cette hypothèse. Rien à relever dans les commémoratifs.

Les parents sont bien portants.

M. Kaposi ne se prononce qu'avec réserve. On sait que les petits enfants, à la suite de macération par les sécrétions de la peau, sont sujets à des manifestations eczémateuses, pustules, érosions superficielles. En diagnostiquant une affection spécifique, on assume une grande responsabilité. Un traitement simple élucidera rapidement la question. La légère induration du gland paraît être la suite d'une néoplasie dans le genre d'un condylome. L'orateur ne saurait donner un diagnostie ferme, bien que l'éruption des cuisses ressemble à un exanthème commençant.

M. NEUMANN. — Cet enfant ne présente pas d'engorgement ganglionnaire, ce qui exclut l'idée de sclérose. L'exanthème n'a pas la teinte caractéristique des éruptions syphilitiques. Aussi selon l'auteur il s'agit peutêtre d'un impétigo fréquent dans l'enfance; toutefois la forme n'est pas ordinaire. L'adhérence du prépuce avec le gland qui existe ici n'est pas très rare chez les enfants et en pareils cas le feuillet externe seul est mobile. Le même phénomène s'observe chez des vieillards par suite de granulations qui amènent l'adhérence du feuillet interne du prépuce avec le gland.

M. Schiff était lui-même peu disposé à regarder l'exanthème comme spécifique. Ce qui l'a fait hésiter c'est l'érosion du prépuce avec légère infiltration. Il avait songé d'abord à une adhérence générale du prépuce tout autour du gland survenue en premier lieu et suivie d'une érosion par traumatisme ou des frottements répétés; l'érosion est complètement analogue aux scléroses avec érosion superficielle que l'on observe chez l'adulte après infection. Ce qui est intéressant c'est qu'il s'agisse d'une affection acquise et non héréditaire.

#### Psoriasis.

M. Mracek présente un matelot de 35 ans arrivé de Brindisi avec un pso-

riasis dont les manifestations sont peu ordinaires. Il est entré à l'hôpital le 23 février. Première éruption en 1882, deuxième poussée à l'hôpital d'Alexandrie, sorti guéri. En 1889 il entre dans le service de l'orateur avec une nouvelle attaque de psoriasis. En 1892, à Bombay, fièvre intermittente. Au commencement de juin éruption de psoriasis pour laquelle il passe 15 jours à l'hôpital de Brindisi et vient de là à pied à Vienne. Les manifestations remarquables de la maladie sont peut-être dues à ces conditions défavorables et spécialement à la fièvre intermittente. Les petites efflorescences sont un peu plus succulentes qu'à l'ordinaire; les grandes plaques nummulaires présentent, après le détachement des squames, une exsudation séreuse qui se dessèche ensuite avec la formation du nouvel épiderme et s'exfolie après en larges lamelles. Le même phénomène se reproduit tous les 5 à 8 jours.

M. Kaposi cite des cas analogues où l'exsudation était plus forte et où il

y avait en même temps desquamation et production de croûtes.

M. Mracek. — Dans ce cas on a recherché les toxines dans l'urine (2 1/2 à 3 litres par jour, poids spécifique 1013) et on a trouvé une augmentation considérable d'éther sulfurique et de natoxyle. Il y a donc aussi certainement ici des anomalies du genre des érythèmes toxiques.

M. Neumann. — On observe d'ordinaire des exsudations de ce genre dans les périodes tardives et chez les sujets cachectiques. Ce cas est unique. Il rappelle un cas semblable présenté l'année dernière par Mracek.

M. Mracek. — Le cas cité par Neumann avait été présenté comme pemphigus foliacé; il avait songé aussi à une dermatite herpétiforme de Duhring. Ce malade n'était pas guéri. Des granulations se développaient sur les divers points et formaient des ulcères, notamment dans les plis articulaires des membres.

#### Syphilis.

M. Mracek présente encore une fille de 35 ans atteinte de syphilis. Elle est entrée à l'hôpital le 23 août. Depuis l'enfance elle aurait eu des éruptions analogues qui disparaissaient sous l'influence de lavages et de bains. Elle n'aurait rien eu aux parties génitales et actuellement on ne constate rien. L'éruption des ulcères malins, notamment sur la face, ne daterait que de 2 mois. Il y avait des ulcères gommeux superficiels, des éruptions pustuleuses, marasme. Dès que les pustules furent un peu améliorées, on prescrivit une cure de frictions, d'abord à faible dose ; jusqu'à fin décembre, pendant 75 jours, à la dose de 4 gr. A ce moment les ulcérations étaient à peu près guéries, quelques érosions seulement sur l'aile droite du nez et sur le sein gauche. La malade avait alors presque chaque jour une fièvre vespérale (38°,7 à 39°,4), notamment en décembre, janvier, février jusqu'à aujourd'hui. Rien dans les poumons. Peut-être s'agirait-il d'une syphilis dans les organes internes. Le soir l'orateur prescrivit de l'iodure de potassium à la dose de 2 à 5 gr. Dès le 4e jour la température tomba à 37°,5. On fut obligé, au bout de 7 jours, d'interrompre ce traitement en raison de troubles gastriques et de lésions des muqueuses ; quelques jours après la fièvre reparut. Cette malade avait une tumeur de la rate; on revint à l'iodure de potassium. Le soir du 3° jour, abaissement de la température. On le cessa de nouveau comme épreuve et la fièvre se manifesta de nouveau. La quinine n'a eu aucun effet. Depuis le 24 février cette malade prend de l'iodure de potassium sans interruption. La température n'est plus remontée à 38°. On sait que l'hypertrophie de la rate est assez fréquente à la période des éruptions syphilitiques chez les sujets qui ont eu auparavant la malaria. Mais on ne sait pas encore quelle est l'action de la syphilis sur le contage malarien à l'état latent. Cette malade n'a pas eu de fièvre intermittente. On a donc affaire ici à une splénite aiguë, probablement de la période éruptive, qui a déterminé l'induration de la rate.

M. Lang a déjà constaté que pendant la généralisation de la syphilis il y a en effet un gonflement de la rate dont la régression coïncide avec celle des autres accidents. Dans ce cas il n'y avait pas eu de malaria préalable.

D'autres auteurs ont publié des observations analogues.

### Syphilis héréditaire.

M. Mracek présente une femme de chambre de 26 ans, atteinte de syphilis héréditaire, qui à première vue pourrait être prise pour une syphilis héréditaire tardive. Le père est mort il y a 8 ans d'affaiblissement sénile, la mère vit et se porte bien. Un frère aîné, un frère et une sœur nés après elle sont morts dans leur première année. A l'âge de 6 ans elle aurait eu

une miliaire exanthématique, fracture du bras gauche.

A 17 ans, plaie du dos et une du genou gauche; on voit encore actuellement les cicatrices. A 21 ans, chute sur la face et elle attribue à cet accident la dépression de son nez et une cicatrice qui se trouve dans cette région. Depuis 2 ans, ulcères serpigineux de la poitrine et des parties latérales du thorax. Bras gauche faible, avec ankylose complète du coude, différence de 3 cent. entre la longueur des deux bras. Déformation des dents. Le jour de son admission, 10 juin, elle avait sur les parties latérales du thorax de larges ulcères serpigineux, aujourd'hui cicatrisés. A gauche ils pénétraient jusque dans le sein. Si on ne tenait compte que de ces points, on pourrait croire que la malade ne souffre que depuis l'âge de 17 ans de ces affections cutanées. Mais il n'en est pas ainsi. Elle était déjà malade à l'âge de 6 ans. L'anomalie du bras gauche, le raccourcissement ne correspond pas à une simple fracture mal guérie, mais rappelle un cas de fracture spontanée du bras avec raccourcissement, observé dans le service de Neumann. Les suites de la chute sur la face et la plaie consécutive ressortissent à la syphilis et ne sauraient être attribuées à la chute elle-même. Les cas de syphilis héréditaire tardive deviendront de plus en plus rares à mesure qu'on les examinera de plus près, de sorte qu'on peut se demander s'il existe une forme de syphilis apportée par l'enfant en venant au monde et restant latente jusqu'à la puberté, sans donner lieu à des troubles graves dans l'organisme. On trouve en outre chez cette malade une induration du foie et une légère hypertrophie de la rate; cet état s'observe très souvent dans la syphilis héréditaire.

#### Tuberculose de la peau.

M. Mracek montre une femme déjà présentée par Hebra; elle avait une

carie du médius qui fut énuclée; au bout de peu de temps il se forma des ulcères qui s'étendirent sur le dos de la main et des doigts. Une affection analogue part d'une cicatrice de la face et a gagné la joue. La malade est en traitement depuis le mois d'août. La plus grande partie des ulcères est guérie, mais il survient toujours de nouvelles papules qui suppurent rapidement. L'orateur est disposé à croire qu'il s'agit d'une tuberculose chronique de le peau.

M. Kaposi regarde cette affection comme un lupus vulgaire.

#### Lupus traité par les greffes cutanées.

M. Schiff montre le moulage d'un malade atteint de lupus depuis 22 ans, qui a été traité par tous les dermatologistes de Vienne. Le lupus était stationnaire depuis 12 à 14 ans, sans réaction, sans nodosités récentes. L'hiver dernier seulement il s'étendit, s'exulcéra et fut le siège de vives douleurs, aussi le malade s'est-il décidé à le faire extirper complètement. Gersung a enlevé il y a 12 jours les deux bons tiers de la peau de la jambe. La transplantation a été faite d'après la méthode de Thiersch avec des lambeaux pris sur la cuisse. L'opération a parfaitement réussi, les deux tiers du lambeau ont adhéré complètement et le malade sera entièrement guéri dans 2 ou 3 semaines. Une perte de substance de la face postérieure de la cuisse a dû être suturée.

#### Psoriasis.

M. Kaposi montre un petit garçon atteint de psoriasis punctata généralisé; un homme avec un lichen ruber plan à pigmentations très foncées du centre des plaques en régression, à bord saillant, rouge brun, brillant; un homme affecté d'une syphilide à petites papules et enfin le malade atteint de psoriasis qu'il a déjà souvent soumis à l'examen des membres de la Société. Il a remarqué fréquemment que le processus inflammatoire qui constitue la base du psoriasis, du lichen ruber et d'autres affections est parfois excessif (comme dans le cas de Mracek). On a vu l'an dernier l'éruption de nombreuses bulles dans un lichen ruber. Une autre fois il s'est formé des excroissances papillaires. Dans tous les processus inflammatoires chroniques, dans le psoriasis, l'eczéma, etc., le domaine vasculaire envahi devient et reste parétique.

La peau est toujours chaude, imbibée de sérosité. Comme le psoriasis dure très longtemps, la parésie des vaisseaux est ici plus fréquente; on sait en particulier que les malades atteints de psoriasis des jambes n'en ont jamais fini avec cette affection. Ce malade avait encore l'année dernière des plaques isolées. Il eut ensuite sur les bras, dans la peau atteinte d'inflammation diffuse et traversée par des vaisseaux parétiques, des éruptions aiguës de milliers de pustules; ces éruptions continuèrent et on dut finalement prescrire le bain continu. Il était affaibli et réduit à l'état de squelette. Son état s'améliora sous l'influence du bain continu. On a essayé tous les traitements.

Depuis quelques mois la nutrition s'améliore; en bon nombre de points, notamment à la face, la peau est dans un état satisfaisant, mais dans son ensemble elle n'est pas pâle, les vaisseaux sont dilatés, il y a toujours un reflet rouge bleu, l'épiderme se détache facilement, il n'y a plus d'éruptions pustuleuses. Actuellement, si l'on n'avait suivi le malade, on diagnostiquerait plutôt, d'après l'aspect, un pemphigus foliacé qu'un psoriasis.

#### Psoriasis vulgaire.

M. Karosi présente encore : 1° une jeune fille atteinte de psoriasis vulgaire traité par l'acide pyrogallique. Sur le dos de la main gauche, une partie où les vaisseaux sont parétiques, qui ne guérit pas et forme une tache rouge bleu nettement délimitée.

#### Psoriasis généralisé.

2º Une femme avec un psoriasis généralisé. L'aspect de l'éruption est tout à fait spécial, comme dans toutes les affections où la peau est rouge et l'épiderme crevassé et en voie d'exfoliation depuis le sommet du crâne jusqu'aux orteils, qu'il s'agisse de psoriasis, de pemphigus ou de pityriasis rubra. Les crevasses de la peau sont douloureuses, les paupières en ectropion. En pareil cas, on peut se demander s'il s'agit du pityriasis rubra des auteurs ou d'un pemphigus généralisé, ou encore d'un de ces eczémas qui sont le point de départ du mycosis fongoïde. Actuellement le diagnostic est facile. Mais si le malade prend des bains pendant quelques jours et si on graisse la peau, le diagnostic devient très difficile. On sait que dans ces conditions les malades ont des frissons, car la couche cornée est insuffisante pour conserver la chaleur. La fièvre ou la soif sont rares. A la suite d'onctions avec l'huile de foie de morue il est survenu un eczéma très intense, les douleurs sont très vives. Il y a parfois exfoliation de l'épiderme sur des surfaces considérables comme à la suite d'une brûlure ; il se produit du délire, de la sécheresse de la langue. Le bain continu est indiqué en pareil cas. Le meilleur remède contre la parétie des vaisseaux est un bandage compressif, car sans cela on ne peut avoir recours aux remèdes indiqués qui sont toxiques; on emploie en outre des substances déterminant une simple macération. En 8 ou 10 jours la peau pâlit, on peut alors avoir recours à l'acide pyrogallique. Dans l'intervalle les émollients, par exemple une pommade à la glycérine, soulageront le malade. On traitera ainsi successivement les différentes régions en terminant par les parois thoracique et abdominale où la résorption est la plus prononcée. Quand la chrysarobine et l'acide pyrogallique étaient moins employés qu'aujourd'hui, l'orateur a observé à la suite de la méthode antérieure de traitement un singultus durant jusqu'à 8 jours qui ne provenait évidemment que de la dermatite et disparaissait sous l'influence d'un mélange de créosote et d'eau de laurier-cerise.

#### Acné téléangiectasique.

M. Kaposi présente ensuite une femme entrée à la clinique il y a 4 jours. Elle serait malade depuis trois mois. On trouve des lésions au coude, sur la face dorsale des deux mains, sur les avant-bras, la face. Au moment de son entrée l'état était le suivant : papules de la grosseur d'une tête d'épingle à celle d'une petite lentille, hémisphériques, rouge bleu et rouge brun sur la face dorsale des mains, la face d'extension et de flexion

de l'avant-bras, qui avaient une consistance ferme et un éclat intense; sur la face dorsale de la première phalange de quelques doigts, papules un peu plus volumineuses, alors d'un rouge plus vif, actuellement rouge bleu. Le front, les paupières, les tempes sont recouvertes de papules confluentes dont la grosseur varie de celle d'une tête d'épingle à celle d'une lentille, très douloureuses au toucher, rouge brun, pas d'exfoliation. La face dorsale de la main droite est encore le siège d'un grand nombre de ces papules rouge brun plus ou moins vif; il y en a de consistance très ferme sur le genou, les fesses. Le bord libre du pavilllon des oreilles est rouge brun diffus, infiltré, avec quelques papules. Au menton et sur la face interne des pavillons, papules récentes de la grosseur d'un grain de pavot, très vasculaires.

Le médecin de la malade avait porté le diagnostic de syphilis; mais ce

diagnostic pouvait être rejeté immédiatement.

Il n'y a pas de localisation de ce genre sur la face et les deux avantbras. Les papules fermes, rouge bleu, font penser à un sarcome pigmentaire. Cette malade est originaire de Serbie. L'orateur a vu un cas tout à fait analogue, en voici le dessin, il s'agissait d'une lèpre typique. Les papules étaient toutes unies, il n'y avait nulle part de signe de régression.

L'examen histologique des papules permit de reconnaître un beau tissu de granulation. Le professeur Paltauf pensa que cette donnée histologique n'infirmait pas l'idée de lèpre, car la non découverte de bacilles

ne prouve rien (dans la lèpre maculeuse).

Aujourd'hui, l'aspect est tout autre. Sur la joue droite, un infiltrat diffus, brillant, actuellement déprimé, les papules d'un rouge beaucoup plus vif sont çà et là remplies de pus et ressemblent tout à fait à une folliculite.

L'orateur rappelle le cas d'acné aiguë qui ne put être guérie qu'avec la curette; c'était un tissu jeune de granulation rappelant les formes généralisées décrites par Lukasiewicz, en partie aussi la folliculite nécrobiotique. L'orateur regarde ce cas comme une de ces folliculites non encore connues parce qu'elles se présentent toujours sous de nouvelles formes, sur la nature desquelles il ne sait encore rien et qu'il rangerait de préférence à côté de la variété qu'il a désignée sous le nom d'acné téléangiectode.

Cette femme est atteinte depuis hier de papules se développant sur le cou au milieu de véritables phénomènes inflammatoires; elles sont déjà un peu ramollies, comme si cette malade avait respiré du pétrole ou des substances analogues. Il compte faire appliquer simplement un bandage compressif pour amener la macération des parties atteintes. En cas d'insuccès il aura recours à la curette.

M. Neumann. — Les lésions tégumentaires de la face ressemblent à celles de l'acné bromique dont les efflorescences sont d'ordinaire plus volumineuses et ne surviennent que dans la région temporale. Prenant en considération un fait analogue qu'il a observé il y a plusieurs années, il regarde cette maladie comme une combinaison d'érythème multiforme et d'efflorescences acnéiques, dans laquelle les efflorescences sont plus fermes, restent en partie superficielles, prennent cette teinte et suppurent, de telle sorte que

l'ensemble a l'aspect d'une syphilide. On ne peut établir le diagnostic que lorsqu'il survient de nouvelles efflorescences.

Sur la face il s'agit d'une affection aiguë, qui n'aboutira sans doute pas spontanément à la résorption.

M. Kaposi. — La localisation et l'absence d'extension même d'une seule tache n'indiquent pas un érythème; sur la face, il ne s'agit pas d'une simple inflammation, mais d'un tissu de nouvelle formation.

#### Myélite syphilitique.

M. Lang présente un homme atteint de myélite syphilitique. L'infection remonte à un an; ce malade a eu des ulcères, une scléradénite, il a été traité à la policlinique. En octobre, récidive, il était en traitement dans le service de Neumann. Il y a 4 mois, blennorrhagie et épididymite. Les symptômes de la myélite survinrent au commencement de décembre 1892. Au moment de son entrée, les membres supérieurs étaient libres, les membres inférieurs et le tronc paralysés, au point que le malade ne pouvait se retourner dans son lit. Paralysie de l'intestin et de la vessie. Sensibilité à la pression de la 9° à la 12° vertèbre dorsale et des vertèbres lombaires. Abdomen tuméfié, très douloureux au toucher, bronchite, uréthrocystite. Sous l'influence de la salsepareille et des frictions il n'y a plus de symptômes de paralysie de l'intestin et de la vessie, la marche est même possible à l'aide d'une canne.

#### Molluscum contagieux.

M. Lang présente un homme porteur d'un molluscum contagieux de la peau du pénis, lequel a été ouvert; il en sort maintenant des masses papillomateuses comme Kaposi l'avait fait remarquer chez un enfant présenté par Lukasiewicz, lequel portait des proliférations papillomateuses de la peau du pénis avec dépòts semblables à de la corne. Au pourtour un petit ensemencement jusque vers le gland, qui présente assez d'intérêt, car dans les derniers temps Pick a établi la contagiosité du molluscum contagieux.

#### Plaque exulcérée de la lèvre inférieure.

M. Lang présente encore un homme atteint d'une large papule exulcérée de la lèvre inférieure, laquelle ressemble beaucoup à une papule initiale. Les ganglions sont un peu tuméfiés. Pourtant il ne s'agit probablement pas d'un chancre syphilitique. Le malade est venu il y a quelques semaines avec une stomatite mercurielle. Il n'y avait alors presque rien à la lèvre inférieure, à peine une rhagade. Il avait en même temps un exanthème. Quand il revint au bout de quelque temps il existait sur la lèvre inférieure ce volumineux infiltrat exulcéré. Dans l'intervalle, régression de l'exanthème. Si on n'est pas disposé à voir là une réinfection à la suite d'une syphilis à peine disparue, ce qui serait faire violence aux faits, il faut admettre qu'il s'agit dans ce cas d'une récidive locale singulière, due peut-être à une irritation provoquée par le tabac : ce malade est grand fumeur. Les cas de ce genre pourraient facilement faire croire à une réinfection.

#### Séance du 22 mars 1893.

#### PRÉSIDENCE DU PROFESSEUR NEUMANN

#### Traitement des rétrécissements de l'urèthre par l'électrolyse.

M. Hanc. - Après avoir jeté un rapide coup d'œil sur les travaux des auteurs qui les premiers se sont occupés de ce mode de traitement, l'orateur examine la méthode préconisée par le professeur Lang. Elle consiste dans l'emploi de trois électrodes : 1º électrode flexible pour les rétrécissements; 2º électrode rigide, recourbé d'après le système Gouley, et 3º l'électrode droit, court pour les rétrécissements de la partie antérieure de l'urèthre. Tous les électrodes sont du même calibre (Charrière, 20). L'olive a la même forme pour tous les électrodes employés par Lang dans les rétrécissements. Voici comment il se sert de l'électrode flexible : après désinfection convenable de l'urèthre, il applique le pôle positif sur la cuisse à l'aide d'un grand électrode plat humide, puis il porte l'électrode flexible sur le rétrécissement ; la bougie conductrice étant retirée, celui-ci est poussé dans le rétrécissement et l'électrode est relié au pôle négatif. On fait ensuite passer doucement un courant de 5, 10, 20, 30 milliampères suivant la sensibilité du malade. On presse légèrement l'olive de l'électrode sur le rétrécissement et parfois on peut le traverser au bout de 10 à 15 minutes. L'électrode flexible et la bougie conductrice sont alors retirés et l'électrode est enlevé, puis on injecte dans la vessie une solution à 1/2 p. 100 de sulfophénate de soude qui est évacuée par le malade. L'électrode courbe et rigide s'emploie de la manière suivante dans le procédé de Lang : on porte la bougie élastique dans le rétrécissement, puis l'extrémité de la bougie située en dehors de l'urèthre est passée à travers l'olive et poussée avec l'électrode jusqu'au rétrécissement; ensuite on agit comme dans le cas précédent.

On utilise de la même façon l'électrode court et rigide.

Après le passage du rétrécissement par l'électrolyse, Lang récommande quelques jours de repos; on introduit ensuite une ou deux fois par semaine des sondes métalliques. Les malades se sondent ensuite eux-mêmes une ou deux fois pour prévenir les récidives.

Le procédé de Lang est donc une combinaison de la dilatation avec la cautérisation. Les 6 cas rapportés par cet auteur ont tous eu une marche favorable. Chez tous ces malades le traitement n'a demandé qu'une séance; chez plusieurs l'intensité du courant a atteint 30 milliampères, dans un cas l'intensité a encore été plus forte.

La durée des séances a varié de 10 minutes à 1/2 heure. L'orateur se demande si Lang a toujours contrôlé lui-même d'une façon précise le milliampère, car avec 30 milliampères il a observé une violente hémorrhagie consécutive sans qu'il y ait eu fausse route.

En ce qui concerne le pronostic, Lang affirme qu'il n'aurait constaté aucune tendance aux récidives à la suite de la dilatation par l'électrolyse, mais dans un passage de son mémoire il recommande le traitement consécutif avec des sondes métalliques pour prévenir les récidives.

Quant aux instruments employés par Lang, l'orateur fait remarquer que

l'électrode flexible que le professeur de Vienne conseille d'employer exclusivement avec la sonde conductrice pour éviter une fausse route, est non seulement inutile mais ne doit pas être recommandé pour les séances de longue durée. On ne saurait manier un instrument élastique avec autant de sûreté qu'un instrument rigide; en outre, il est difficile en appuyant l'olive sur le rétrécissement de contrôler la pression qui ne peut être réglée que par le sens tactile.

L'orateur n'emploierait d'ailleurs la bougie que pour constater le siège et les autres particularités du rétrécissement; pour le reste il n'aurait recours qu'à l'électrode rigide sans sonde conductrice, ce qui est admis

aussi du reste par Lang.

On peut se servir de l'électrode court et rigide pour les rétrécissements de la partie pénienne de l'urèthre.

Enfin il est d'avis d'avoir des instruments de divers calibres et des olives de formes différentes.

Le Dr Newman, de New-York, a eu recours sur une large échelle au traitement par l'électrolyse pour les rétrécissements uréthraux. Son procédé diffère à plusieurs points de vue de celui de Lang; il consiste en une dilatation lente, combinée avec l'électrolyse par des courants très faibles. Newman dilate et ne cautérise pas. Il a donné les résultats de sa méthode après une expérience de 20 ans.

Newman emploie l'électrolyse dans les cas où le rétrécissement est infranchissable même pour l'opérateur le plus habile. « L'art consiste, dit-il, à éviter la cautérisation et à produire la décomposition chimique. »

Pour le diagnostic, Newman se sert de bougies à boule de Guyon. L'intensité du courant est contrôlée par le milliampère. Il a des électrodes dont l'extrémité a des formes diverses, à calibres variables, de 9 à 28 (Charrière). La durée de chaque séance est de 5 à 20 minutes, la durée totale du traitement de 2 à 3 mois, le nombre des séances de 6 en moyenne à intervalles de 1 à 2 semaines.

Newman tire les conclusions suivantes de plusieurs centaines de cas traités par l'électrolyse.

1º L'électrolyse peut s'appliquer à tous les rétrécissements.

2º Elle produit sûrement une dilatation des rétrécissements, même de ceux qui sont infranchissables par d'autres procédés.

3º L'opération n'est douloureuse ni dangereuse, ne provoque pas de réaction, ne s'accompagne ni de fièvre ni d'hémorrhagies.

4º Les malades éprouvent un soulagement immédiat et peuvent se livrer à leurs occupations.

5º Il n'y a pas de récidives.

Selon l'orateur, l'exactitude des conclusions de Newman paraît douteuse.

Deux méthodes se trouvent en présence. Lang, Lefort, qui pratique l'électro-uréthrotomie, sont partisans des courants intenses : le résultat de leur traitement correspond à des cautérisations directes.

Contrairement à ces auteurs, qui emploient des courants dont l'intensité atteint jusqu'à 30 et 45 milliampères (Lefort), et dont l'action électrochimique correspond à une cautérisation, Newman prétend faire abstraction

complète de celle-ci et attache l'importance principale à la modification (absorption, résorption) du tissu du rétrécissement, à une action en quelque sorte mystique du courant électrique qui finalement est analogue à une cautérisation, comme l'orateur a pu le constater expérimentalement sur lui-même.

L'orateur passe ensuite à la description des cas qu'il a traités :

1° Malade de 32 ans, blennorrhagie il y a 10 ans; rétrécissement de l'orifice et de la portion bulbaire.

Traitement par la méthode de Lang. Courant de 3, 5, 10 milliampères. Le dernier pendant 5 minutes. Durée de la séance 10 minutes. Le malade accuse de vives douleurs et refuse de recommencer. Incision de l'orifice et

traitement usuel par les sondes.

2º Malade de 47 ans, blennorrhagie il y a 18 ans; rigidité de la partie pénienne, rétrécissement du bulbe admettant le nº 10, Charrière. Emploi de l'électrode courbe et rigide. On débute par 3 milliampères, jusqu'à 15. Durée de la séance, 20 minutes. Avec 5 milliampères, le malade perçoit nettement une sensation de picotement dans l'urèthre; avec 10 milliampères, sensation de cuisson. Après 5 minutes de durée du courant de 15 milliampères on interrompt le traitement en raison de sensations douloureuses pénibles. Pas de réaction ultérieure. Après une deuxième séance de 25 minutes avec un courant de 5 à 10 milliampères, on passe le nº 20, Charrière. Uréthrite légère.

3º Homme de 46 ans, faible, anémique. Rétrécissement du bulbe laissant passer 15, Charrière. Courant de 3 à 5 milliampères pendant 5 minutes, léger picotement dans l'urèthre et dans l'anus (prostate). Au bout de 5 minutes on monte à 10 et 15 milliampères; puis 10 minutes après jusqu'à 30 milliampères. Après 10 nouvelles minutes, l'électrode pénètre, l'urèthre admet le 20, Charrière. Durée de la séance entière, 1/2 heure.

Dans ce cas l'orateur a pratiqué l'examen endoscopique, bien qu'il ne convienne pas de le faire immédiatement après la cautérisation, il a trouvé trois états différentes correspondant à l'intensité de l'action du courant électrique. D'abord une assez forte hémorrhagie de la muqueuse à environ 4 centimètres en avant de la portion bulbaire, puis sur un espace restreint une teinte blanc mat comme après l'application de solutions concentrées de nitrate d'argent, et dans le bulbe lui-même, où le courant de 30 m. a. a agi pendant environ 10 minutes un disque central rouge cerise foncé, entouré d'une masse noire, poisseuse. Le malade dont l'urine était normale avant le traitement, émet immédiatement après la séance une urine un peu trouble, légèrement floconneuse. Pas d'hémorrhagie, un repos de deux jours a été prescrit au malade; pas de fièvre, mais plus de deux jours après l'opération, hémorrhagie correspondant à l'eschare. Au bout de 5 jours, on passe le 19, Charrière, mais il y a toujours un peu de sang, bien que le cathétérisme soit pratiqué avec une grande douceur.

4º Rétrécissement artificiel chez un homme de 50 ans, provoqué par l'injection d'une solution très concentrée d'acide phénique. Rétrécissement de la plus grande partie de la portion pénienne, laissant passer le 16, Charrière. L'orateur débute par 1 m. a. 1/2 monte à 3 m. a. et laisse ce

dernier pendant 8 minutes, puis 5 m. a. pendant 12 minutes.

Examen endoscopique: surface blanc mat, analogue à la couleur de l'aluminium, parsemée de points brillants. Urine claire le lendemain, avec de nombreux flocons. Uréthrite légère, provenant de l'électrolyse, car on l'observe d'une manière constante, même chez les sujets non soumis à

l'endoscopie.

5° Rétrécissement du bulbe, admet n° 14, Charrière; forte hyperesthésie de l'urèthre. Courant de 3 à 5 m. a. pendant 10 minutes, de 10 m. a. pendant 10 autres minutes, ce qui fait 30 minutes pour la durée totale de la séance. Pas d'examen endoscopique. Uréthrite assez forte, traitement de cette dernière par les astringents. La miction ne s'est pas modifiée, ni après la séance ni les jours suivants, l'exploration avec la soude montre au bout de 8 jours que le rétrécissement n'a pas disparu.

Après un mois, 2° tentative. On fait agir 3 1/2 m. a. pendant 18 minutes. On peut passer le 19, Charrière. Le malade urine facilement, puis avec un fort jet. Uréthrite légère qui cède au bout de 8 jours à l'action des

astringents.

6° Rétrécissement dur du bulbe, difficile à franchir avec une sonde conique n° 15 (Charrière). Courant des 3, 5 et 10 m. a. Chacun pendant 10 minutes; 6 jours après, exploration avec la sonde, le rétrécissement ne laisse passer comme auparavant que le n° 15.

Au bout de 10 jours, 2º séance. Courants de 5, 10 et 15 m. a. Chacun pendant 10 minutes, résutat insignifiant, le nº 15 peut seul passer.

D'après ces faits, l'orateur apprécie de la manière suivante la valeur de l'électrolyse dans les rétrécissements de l'urèthre :

1º Il ne saurait se ranger à l'avis de Dittel qui regarde l'électrolyse comme sans action dans le traitement de ces affections; elle n'offre pas, il est vrai, un grand avantage sur les autres méthodes et il doute qu'elle ait l'importance que Lang lui attribue.

2º Il paraît nécessaire de régler l'intensité du courant suivant les cas et la sensibilité des sujets. Pour le moment, il limiterait l'intensité du courant entre 3 et 15 m. a., ne fût-ce qu'en raison des uréthrites, hémorrhagies et réactions encore plus graves provoquées par des courants plus intenses; toutefois les rétrécissements cicatriciels ne sont pas modifiés avec l'intensité indiquée (cas 6), du moins pas en une séance.

3º L'orateur recommanderait l'électrolyse dans les cas où l'on échoue par la dilatation temporaire ou permanente, rétrécissements élastiques, ou

encore artificiels dus à des solutions concentrées.

4º Rejeter la méthode dans les cas de fausses routes, à cause de la pos-

sibilité de provoquer une périuréthrite, etc.

5° Un avantage de l'électrolyse serait la possibilité de l'appliquer aux sujets réfractaires, très sensibles, qui se refusent à des interventions répétées (traitement par les sondes), bien que dans ces cas on puisse faire intervenir la cocaı̈ne et l'emploi de la thiosinamine (Hebra).

6° Comme inconvénient de l'électrolyse, il signale la rapidité des récidives, telles que celles qui surviennent d'ordinaire après quelques semai-

nes, particulièrement avec l'électro-uréthrotomie de Lefort.

#### Discussion:

M. Ehrmann aborde le point de vue général, à savoir la décomposition

de l'eschare. Il a pratiqué une série d'électrolyses de l'urèthre, mais plutôt pour des papillomes, etc., que pour des rétrécissements. Il introduisait un endoscope dans l'urèthre, puis appliquait un électrode sphérique, complètement isolé sauf en un point, avec un noyau métallique comme conducteur. Il employait des courants des 10 à 20 m. a. dont on augmentait l'intensité à l'aide d'un rhéostat. Les douleurs étaient moins vives que dans le traitement des rétrécissements ; le courant est introduit ici par une surface plus petite, par conséquent avec une densité plus grande. Il se produit une coloration blanc gris qui ne se transforme en eschare que sous une forte pression ; il ne se fait d'ailleurs qu'une exfoliation tout à fait superficielle, au-dessous surface en voie de granulation qui ne détermine qu'une coloration blanchâtre. L'orateur n'a jamais vu une véritable cicatrice. Il s'agit ici, comme sur le tégument externe, d'une décomposition du tissu.

M. Grünfeld. — On voit beaucoup plus nettement la coloration blanc bleuâtre de la muqueuse si on fait agir l'électrolyse sur le rétrécissement par l'intermédiaire de l'endoscopie.

Il ne se produit pas d'eschare, il y a simplement changement de coloration, mais de forts courants peuvent déterminer une eschare. Par conséquent avec des courants modérés on peut dilater le rétrécissement à l'aide d'instruments en forme d'olive d'un calibre convenable. Des courants intenses cautérisent, et au bout de 24 heures la chute de l'eschare détermine une hémorrhagie. L'électrolyse diminue souvent aussi les douleurs. Les cathéters passent beaucoup plus facilement après l'introduction préalable de l'électrode. Si le rétrécissement est circulaire, on peut en amener la résorption complète. Mais si la cicatrice est unilatérale et si l'instrument est appliqué sur le côté opposé, il n'y a pas de résorption.

M. Ullmann communique deux cas de sa pratique. Individu venu pendant des années pour de légères récidives; rétrécissement de la partie antérieure de l'urèthre; un courant de 20 à 25 m. a. rendit très facile le passage de la sonde. Dans le second cas le malade urinait difficilement. La première fois il fut impossible de passer un instrument; ce ne fut qu'après un long traitement par les sondes qu'on parvint à faire pénétrer l'instrument le plus mince. En trois séances on obtint une dilatation jusqu'au nº 18 (Charrière); légère hémorrhagie et un peu de douleur malgré l'emploi de la cocaïne. Jusqu'ici pas de récidive.

Zuckerkandl a traité plusieurs rétrécissements, les uns seul, les autres avec Dittel. Le nom d'« électrolyse » ne lui paraît pas tout à fait exact; il ne peut être question d'une dissolution du tissu, il y a toujours production d'une eschare, de telle sorte que l'électrolyse se rapproche plutôt de l'uréthrotomie interne. L'orateur a eu raison d'un grand nombre de rétrécissements avec les méthodes usuelles, il n'a jamais été obligé de recourir à l'électrolyse. Il distingue trois variétés de rétrécissements: ceux relativement larges, c'est-à-dire à traiter par dilatation successive; les rétrécissements étroits qui, au début, ne laissent passer que l'instrument le plus mince. D'après Guyon, il est préférable de laisser en place des instruments flexibles, mous; le tissu du rétrécissement se ramollit en 8 à 10 jours, et on peut alors arriver à un cathéter anglais d'un fort calibre.

Les rétrécissements par rétraction, imperméables, qui se rétractent très

rapidement après la dilatation.

Mais si on est obligé de faire la dilatation du rétrécissement en une séance, on peut y arriver avec le dilatateur à vis de Dittel, lequel n'exig que l'introduction d'une sonde conductrice d'un faible numéro. Les cas qu'on voudrait réserver pour le traitement par l'électrolyse peuvent être guéris d'une manière relativement beaucoup plus simple et meilleure par les méthodes usuelles, de telle sorte que l'orateur ne peut accepter même les indications limitées de Hanc.

M. Hanc a vu pratiquer la dilatation, il y a 10 à 12 ans, dans le service d'Ultzmann, et l'a lui-même pratiquée souvent avec les bougies dont parle Zuckerkandl. Il n'a pas, à proprement parler, établi d'indications, il s'est borné à signaler les cas dans lesquels il aurait recours à l'électrolyse.

M. Lang. - L'expression d' « électrolyse » est très exacte, non dans le sens que peut-être le tissu est d'une manière mystique évaporé, mais au sens physique, un liquide ou un sel se décomposant sous l'influence du courant en un élément positif et un élément négatif. L'élément positif se rend au pôle négatif et l'élément négatif au pôle positif. L'action clinique de l'électrolyse est très variable. Sous l'influence du courant électrique, l'atome d'hydrogène devient libre dans la cellule animale. La cellule ne peut plus exister. Cette décomposition dépend de l'intensité et de la durée du courant. Si l'intensité et la durée ne sont pas très grandes, il n'y a aucune altération appréciable, tout au plus un peu de gonflement, d'hyperhémie ou de pâleur, cette dernière due uniquement à une infiltration de l'hydrogène devenu libre, en quelque sorte à une infiltration gazeuse qui est vite résorbée. Mais si l'application est plus prolongée, il y a décomposition d'une plus grande partie du tissu, destruction perceptible pour nos sens. Il y a bien aussi destruction sous l'influence de courants faibles, mais elle ne concerne que des particules isolées, et est par suite imperceptible pour nous. Dans la dépilation par l'électrolyse faite convenablement, il n'y a ni eschare, ni cicatrice.

Relativement à la méthode de Newman, elle est à peu près incompréhensible pour l'orateur. Il en est autrement de la méthode de Fort, qui elle a un sens. L'orateur n'emploie plus depuis des années que des électrodes rigides. Hanc pouvait très bien se renseigner à ce sujet. Il réserve l'électrode pour les rétrécissements de la portion antérieure, mais pour ceux de l'orifice il ne le recommanderait pas. L'électrolyse est trop douloureuse dans ce dernier cas.

D'après son expérience le traitement par l'électrolyse des rétrécissements présente de très grands avantages; ce n'est pas un mince résultat que de passer en une séance du calibre le plus faible au nº 21, on ne doit pas renoncer à un avantage pareil, inappréciable en beaucoup de cas. L'orateur a toujours abouti en une seule séance, sauf dans un cas. Chez un malade vu avec Ullmann il ne put faire passer d'abord que la corde à boyau, qu'il laissa en place pendant un certain temps. Le lendemain on plaça l'instrument le plus fin et l'électrolyse fut employée. Au bout de quelques minutes on réussissait à passer.

En ce qui concerne la fausse route, voici un cas des plus fâcheux qu'il a

observé. La fausse route avait été produite par l'introduction d'une bougie et on y pénétrait toujours de nouveau. Au lieu de sonde, on ne se servit plus que de cathéters métalliques de faible calibre et on finit par arriver dans la vessie. Le cathéter fut laissé quelque temps en place, puis retiré et la bougie introduite. Ici encore l'électrolyse rendit de très grands services en évitant de nombreuses introductions de bougies. Quand le malade revint après un temps assez long l'orateur pénétra de nouveau dans la fausse route, il dut introduire une sonde de petit calibre à l'aide de l'endoscope, puis immédiatement après un instrument de fort calibre. Chez le dernier malade qu'il a eu l'occasion de traiter, lequel depuis 5 à 6 ans n'urinait plus que goutte à goutte, le traitement par l'électrolyse a donné un excellent résultat.

La sensibilité n'a pas été bien grande dans les cas observés par l'orateur, il ne croit pas que la cocaïne diminue beaucoup la douleur. Une seule fois il a endormi le malade en raison de sa sensibilité excessive.

La production d'une eschare non seulement n'est pas nécessaire, mais à vrai dire elle n'a pas lieu d'ordinaire. Il ne l'a observée que dans un seul cas où il y avait une callosité volumineuse et où il fut en conséquence nécessaire d'employer des courants intenses.

A. Doyon.

#### REVUE DES THÈSES DE DERMATOLOGIE ET DE SYPHILIGRAPHIE

SOUTENUES DANS LES FACULTÉS DE MÉDECINE DE PROVINCE PENDANT LES ANNÉES SCOLAIRES 1891-1892 ET 1892-1893.

#### Bordeaux, 1891-1892.

## Rousseau. - Du nævus kératosique.

Sous le nom de nævus kératosique, l'auteur désigne le nævus verruqueux ou ichtyose hystrix. Il donne en détail une observation de nævi disséminés en grand nombre sur tout le corps, la tête et les membres d'une fille de 6 ans. La petite malade était rachitique avec une hémiplégie gauche bien accusée.

## Guérin. — Des engelures anormales.

La localisation des engelures peut être déterminée par des troubles de la nutrition et de la circulation dans une partie du corps. A ce point de vue l'auteur rapporte plusieurs observations d'engelures limitées à un membre atrophié et refroidi, soit par une paralysie atrophique de l'enfance (2 obs.), par une coxalgie ancienne, par une hémiplégie infantile. Dans tous ces cas, les engelures reparaissaient tous les ans sur les membres malades et manquaient partout ailleurs.

Il passe ensuite en revue les diverses formes éruptives que peuvent présenter les engelures et notamment les formes papuleuses et bulleuses pour lesquelles il s'inspire de la communication de Dubreuilh et Sabrazès à la Société de dermatologie, en juin 1891.

## N.-L. Parin. — Étude historique et critique de l'inoculation variolique au point de vue de ses qualités préservatrices.

L'auteur fait d'une façon assez complète l'histoire de la variolisation dans toutes les parties du monde où cette coutume a pu être retrouvée. Il montre que la variole naturelle, dans une population non vaccinée, est mortelle dans la proportion de 2 sur 11, tandis que la mortalité due à la variolisation, quoique variant dans de larges limites, peut être évaluée environ à 2 pour 1400. Il y a donc grand avantage à pratiquer la variolisation lorsque le vaccin manque au cours d'une épidémie de variole.

Il passe ensuite en revue les travaux récents sur la transformation de la variole en vaccine et, sans prendre parti dans la question, il conseille d'employer de préférence pour la variolisation un virus qui aura subi trois ou quatre passages sur le veau.

# EMILY. — Contribution à l'étude clinique des altérations de la peau chez les vieillards.

Le titre de la thèse indique suffisamment son contenu. Les altérations

de la peau du vieillard y sont bien étudiées et analysées. Il insiste sur la pigmentation généralisée ou localisée sous forme de taches de rousseur et sur la suppression presque complète de la sécrétion sébacée qui, recherchée par la méthode d'Arnozan n'a pu être trouvée que sur le nez, le menton, le cuir chevelu et les oreilles; partout ailleurs, notamment à la poitrine et aux aisselles, on n'en trouve aucune trace.

#### P.-M.-F. Alliot. — Contribution à l'étude de la rubéole.

Étude fondée sur un certain nombre d'observations prises pendant l'épidémie de rubéole qui a sévi à Bordeaux en 1840. L'éruption a été constamment morbilliforme, l'adénopathie cervicale était ordinaire et souvent très accusée, mais non constante. Enfin quelques épidémies de familles permettent de fixer à 14 jours la durée et l'incubation en comptant du jour de l'éruption du premier au jour de l'éruption du second malade.

## J.-M. Allain. - Contribution à l'étude de l'ichtyose congénitale.

Parmi les complications possibles de l'ichtyose, il faut citer le prurit l'eczéma surtout aux membres inférieurs, les varices, peut-être l'albuminurie et enfin l'épithélioma; l'auteur donne une observation d'épithélioma du dos de la main chez un ichtyosique survenu à la suite d'une sorte de verrue cornée.

Buisine. — Contribution à l'étude de l'érythème noueux et du purpura considérés spécialement dans leurs rapports avec la tuberculose.

Dans l'étiologie très complexe des purpuras et des érythèmes polymorphes secondaires ou symptomatiques il faut faire une part importante à la tuberculose. L'auteur a réuni un grand nombre d'observations montrant la coexistence ou la succession des deux maladies; les unes personnelles, les autres empruntées à divers auteurs, surtout Vernier et Humbert Mollière.

L'érythème noueux a dans plusieurs observations servi de prodrome à la méningite tuberculeuse qui a suivi à quelques jours ou quelques mois de distance.

Le purpura s'est présenté assez souvent sous forme de taches ecchymotiques des membres inférieurs ou sur la face dorsale des mains chez des tuberculeux mourants. D'autres fois il est apparu dans le cours d'une tuberculose pulmonaire chronique ou d'une tuberculose miliaire aiguë sous forme de pétéchies disséminées dans toutes les parties du corps, accompagnées ou non d'hémorrhagie des muqueuses, épistaxis, hématémèses, mélæna, hématurie. Enfin dans quelques cas, l'éruption de purpura est survenue dans le cours d'une tuberculisation ganglionnaire généralisée à forme pseudo-leucémique.

Signalons les observations inédites suivantes :

Obs. XXXVII. — Jeune fille de 16 ans, anémique, éruption et purpura avec hématémèse et entérorrhagie; au bout de 3 ou 4 mois, début de tuberculose pulmonaire à marche assez rapide.

Obs. XXXIX. - Enfant de 13 ans, bronchite généralisée; éruption

érythémateuse puis érythème noueux; de même la tuberculose pulmonaire s'accuse et le malade meurt trois mois après avec des cavernes dans les poumons et des phénomènes cérébraux.

## E.-A. Guier. — De l'éléphantiasis des paupières.

Après avoir rapporté toutes les observations qu'il a pu trouver de cette affection rare, l'auteur en donne trois nouvelles recueillies à la clinique

de M. Lagrange.

L'éléphantiasis des paupières s'observe en général peu de temps après la naissance, sous la forme d'une petite tuméfaction molle, parfois ce n'est qu'au bout de plusieurs années que l'attention des parents est attirée sur ce point. La maladie évolue avec une extrême lenteur et met environ une dizaine d'années pour arriver à gêner la vision. Quelquefois un traumatisme accidentel ou chirurgical détermine un accroissement plus rapide.

La tumeur finit par acquérir le volume d'une orange ou même davantage et dès lors la vision est abolie sans qu'il y ait eu aucune lésion du globe, mais simplement parce que le releveur de la paupière supérieure ne peut pas soulever un poids aussi considérable.

L'éléphantiasis atteint les deux côtés indifféremment, trois fois les deux paupières supérieures étaient atteintes. Enfin, dans un cas de van Duyse,

les 4 paupières étaient hypertrophiées.

Les deux sexes sont à peu près égaux. La plupart des malades avaient moins de 20 ans et l'affection paraît être d'origine congénitale quoique peu appréciable dans les premières années. Le plus jeune des malades observés, celui de van Duyse, avait huit ans. Dans un seul cas on a observé des érysipèles à répétition et encore ne paraissent-ils pas avoir influencé la marche de la maladie.

Les lésions anatomiques portent simplement sur le derme, les cartilages tarses et les muscles ne sont pas atteints, elles ne diffèrent pas de celles qu'on trouve dans les éléphantiasis congénitaux d'un siège différent.

Le traitement consiste en ablation des tissus en excès, en y ajoutant la suture de la paupière au muscle du front (suture de Dransart) pour assurer un relèvement suffisant du voile palpébral.

## Madon. — Des névralgies blennorrhagiques.

Dans plusieurs observations rapportées par l'auteur, la sciatique blennorrhagique qui avait résisté au traitement par les révulsifs, a rapidement cédé à l'emploi du copahu et du cubèbe dirigé contre la blennorrhagie elle-même.

J. FOURNIER. — De la virulence du chancre simple et du bubon consécutif. De leur traitement par l'eau chaude.

Ce travail est surtout consacré à l'exposition de la méthode du traitement des chancres mous par le chauffage, telle qu'elle a été proposée par Arnozan (Arnozan et Vigneron, *Journal de médecine* de Bordeaux, juillet 1891). Elle consiste en des lavages prolongés des surfaces ou des cavités chancreuses avec de l'eau à 40°. Les lavages, ou mieux le bain local,

quand il s'agit de la verge, est répété trois fois par jour avec une durée d'une demi-heure chaque fois. Sous cette influence, le chancre change d'aspect au bout de quelques jours, le gonflement et la douleur disparaissent et la cicatrisation commence presque aussitôt. Ce mode d'application des résultats expérimentaux obtenus par Aubert est le plus pratique de ceux qui aient été proposés et les résultats n'en sont pas moins bons.

WILLIAM DUBBEUILH.

#### Bordeaux, 1892-1893.

## L.-A.-H. Aubert. — Érythèmes de la région fessière chez les enfants en bas âge.

L'auteur passe en revue toutes les différentes formes d'érythème fessier en y ajoutant un certain nombre d'observations recueillies dans le service de M. André Moussous.

Les érythèmes classés par les auteurs sont :

1º L'érythème simple, consistant en la rubéfaction des téguments due le plus souvent au contact des déjections altérées formant des macules ou des plaques plus ou moins étendues, mais limitées au siège.

2º L'érythème vésiculeux, se produisant d'emblée, ou succédant au précédent chez des enfants athrepsiques, limité aux fesses et aux membres

inférieurs.

3º L'érythème papuleux, provenant du bourgeonnement du derme au niveau d'une érosion de l'érythème vésiculeux. Il survient, chez des enfants plus âgés, souvent vigoureux, et se limite presque toujours aux fesses et à la partie postérieure des cuisses. Il offre une grande ressemblance avec la syphilide papuleuse.

4º L'érythème intertrigo, siégeant dans les plis qu'il peut dépasser, se

compliquant quelquefois d'ulcérations.

5º L'érythème vacciniforme. Éruption de vésicules ombiliquées siégeant généralement aux fesses, il ressemble beaucoup à une syphilide.

6° Dermatite exfoliatrice de Ritter, caractérisée par la rougeur et la sécheresse de la peau et par la desquamation en petites écailles; elle est généralisée, mais plus intense aux fesses; elle survient chez des enfants affaiblis dont elle entraîne la mort.

Parmi les érythèmes non classés, l'auteur place :

1º L'érythème de dentition, sorte d'eczéma caractérisé par la sécheresse de l'épiderme, rouge, brillant, comme vernissé, strié de fissures linéaires, rebelle à tout traitement jusqu'à la sortie de la dent qui le provoque.

2º Érythème de décubitus, dû à la macération de l'épiderme par l'urine.

3º Érythème squameux, débutant par une énorme écaille épidermique qui recouvre toute la région atteinte et qui, en se détachant, découvre une surface très sèche où l'épiderme semble épaissi et offre des stries transversales, des sortes d'écaillures peu profondes. Il paraît être lié à la dentition.

## A. M. POUMAYBAC. - Étude sur les hypertrichoses.

Revue générale assez complète sur toutes les diverses formes d'hyper-

trichoses locales ou générales, congénitales ou acquises ; peu de documents originaux, mais travail intéressant à consulter.

## J. Sabrazès. — Sur le favus de l'homme, du chien et de la poule.

Les matériaux cliniques et mycologiques qui sont la base de ce travail ont été recueillis pendant ces quatre dernières années, dans la clinique de M. W. Dubreuilh. Cliniquement, 41 observations inédites amènent l'auteur à discuter ces questions si importantes, au point de vue de l'hygiène générale, à savoir la contagion humaine et animale du favus, la possibilité de l'origine saprophytique des parasites de la peau. De cette enquête il résulte qu'il est exagéré et même illogique d'assigner systématiquement au favus une origine muridienne. La contamination antimale, exceptionnelle en pratique, est cependant réelle et M. Sabrazès l'a réalisée expérimentalement : des cultures d'un godet d'inoculation produit sur la souris par un champignon, extrait d'un godet humain, ont reproduit, transportés sur la peau humaine, un favus à godets bien caractérisés. Le champignon du favus du chien (oospora canina Costantin-Sabrazès), après passage sur la souris a reproduit des godets sur l'homme, tout en conservant ses caractères morphologiques et biologiques distincts.

A l'encontre de plusieurs auteurs, M. Sabrazès a de puissants arguments qui l'autorisent à douter de l'origine saprophytique de ces champignons. On retrouve, en effet, le plus souvent la source de la contagion dans les cas de favus. Si la transmission échappe, c'est qu'elle peut être exercée indirectement par le contact d'un peigne, d'une brosse, d'un foulard souillés. Dans les débris de godets, dans les cheveux, le parasite peut rester pendant plusieurs mois, voire pendant des années, à l'état de vie latente, n'attendant qu'une occasion favorable et un terrain approprié pour coloniser. Gette pérennité de la spore se retrouve chez certains champignons trichophytiques, ainsi qu'il résulte des expériences positives que l'auteur a faites

sur des tronçons de cheveux recueillis depuis cinq ans.

M. Sabrazès ne fait qu'indiquer la variabilité des formes cliniques du favus qui sont actuellement bien connues; à propos des localisations unguéales, il insiste sur la possibilité d'affirmer par la culture la nature trichophytique ou favique d'une onychomycose.

L'exposé des documents cliniques et les considérations qu'ils comportent touchant la contagion, l'épidémicité du favus, est suivi de considérations relatives à l'hygiène générale et à la prophylaxie des teignes.

La seconde partie de cette thèse est consacrée à la parasitologie; M. Sabrazès fait une revue très complète des travaux récents sur la question. Il met en regard des partisans de la multiplicité des achorions, ceux qui persistent à trouver dans le pléomorphisme des cultures des raisons suffisantes pour affirmer leur unicité. Il soumet au crible d'une critique serrée les travaux antérieurs et montre quelles sont les exigences de la technique en présence d'un problème si difficile. Nous recommandons tout particulièrement ce chapitre consacré aux méthodes d'examen des godets, d'isoclement des parasites, d'inoculation en série des cultures de godets à l'homme et aux animaux.

Nous ne saurions exposer ici l'ensemble des faits observés par M. Sa-

brazès au cours de ses expériences nombreuses et variées. Nous résumerons brièvement les conclusions parasitologiques de son travail :

Du favus humain spontané il a isolé un seul champignon dont l'inoculation en série reproduit toujours des godets sur les souris et sur l'homme; injecté dans le péritoine du cobaye il a déterminé une pseudo-tuberculose mycosique; sur le lapin et sur la poule, on obtient des godets superficiels; sur le chien, l'inoculation échoue.

Ce champignon n'est pas le seul qui puisse former des godets sur la peau humaine; une espèce voisine mais différente, isolée dans un cas de favus spontané du chien, s'inocule à l'homme en faisant des godets. Ce parasite a été transporté avec succès sur le chien et sur la souris. Les coupes microscopiques des lésions, leurs rétrocultures après ces divers passages sur des animaux différents le montrent toujours identiques à lui-même. Il se différencie de l'achorion Schœnleinii: 1º par l'aspect des cultures; 2º par la structure du mycélium et par sa coloration; 3º par les lésions qu'il provoque sur la peau humaine et animale. Cette espèce a été décrite par MM. Costantin et Sabrazès qui lui ont donné le nom d'oospora canina. Après un passage sur l'homme, des spores de culture pure injectées dans les veines auriculaires du lapin, ont été suivies d'une pseudotuberculose favique du poumon.

La teigne des poules, appelée vulgairement crête blanche, est un favus : les lésions produites par son inoculation sur la poule et la souris ne laissent aucun doute à cet égard. L'étude botanique de ce champignon faite par MM. Costantin et Sabrazès, conduit à considérer ce parasite comme absolument distinct des deux précédents; il constitue un genre à part.

Voilà donc des parasites différents qui suscitent cependant sur la souris des lésions objectivement et histologiquement très comparables, mais inégalement malignes, parasites qui ne se modifient pas en passant par ce rongeur; deux d'entre eux produisent, en outre, des godets sur la peau humaine sans perdre leur individualité.

Ces résultats contraignent l'auteur à admettre, en principe, la pluralité des champignons du favus en général et du favus humain en particulier, bien que cliniquement, dans 18 cas de favus de l'homme, il n'ait cultivé qu'un seul et même parasite identique, ainsi que l'ont démontré des échanges réciproques, à des champignons faviques d'origines diverses, celui de Plaut (de Leipzig), de Kral (de Prague), de Mibelli (de Cagliar).

L'auteur a fixé, en collaboration avec M. Costantin, les caractères et la situation botanique des champignons qu'il a étudiés. Il aborde, en terminant, l'étude des conditions qui président à la conservation de l'espèce chez les mucédinées parasites.

## J.-G. VIALOLLI. — Des troubles génitaux provoqués par l'usage prolongé des préparations arsenicales.

L'arsenic est d'un usage si fréquent et souvent si abusif dans les maladies de la peau, que les accidents dus à son emploi, ne sont pas sans intérêt pour le dermatologiste. L'anaphrodisie et l'impuissance génitale d'origine arsenicale ont été observées par Rayer, depuis lors divers auteurs en ont signalé des cas; cet accident est cependant peu commun.

L'arsenic détermine assez souvent au début des phénomènes d'irritation et d'excitation du côté des organes génito-urinaires, mais sous l'influence et l'usage prolongé pendant plusieurs mois et surtout si les doses sont un peu élevées, on voit survenir un retard de l'éjaculation et finalement une impuissance complète avec diminution ou suppression complète des désirs sexuels. Cet état peut durer plusieurs mois ou même plusieurs années, mais finit généralement par guérir quelques mois après la suppression du médicament. Dans quelques cas, chaque reprise de l'arsenic a déterminé une rechute de l'impuissance.

Des expériences faites sur les animaux ont fourni des résultats confirmatifs. Deux couples de lapins ont reçu pendant cent jours cinq milligrammes d'arséniate de soude par jour. Au bout de ce temps ils ont été accouplés, mais ce n'est qu'au bout de 10 et 11 mois que les femelles ont mis bas. Pendant ce temps une des femelles a été vainement accouplée à un lapin non intoxiqué. Deux autres lapins mâles, ayant reçu pendant trois mois la même dose d'arsenic, ont été mis avec des femelles saines pendant un mois; une seule des femelles a mis bas.

Le pronostic est relativement favorable, puisque la guérison est toujours survenue tôt ou tard chez les malades qui ont pu être suivis.

Le traitement consiste dans l'emploi des toniques du système nerveux : noix vomique, hydrothérapie froide, franklinisation. Les injections de suc testiculaire, essayées dans un cas, ne paraissent pas avoir eu grande influence.

J.-A.-M. Lucas. — Des manifestations pathologiques dues à la présence de la filaria sanguinis hominis dans l'organisme humain.

Revue de toutes les diverses manifestations de la filariose. Plusieurs d'entre elles sont du ressort de la dermatologie.

L'éléphantiasis, même dans les pays chauds, n'est probablement pas toujours dû à la filariose, et d'autre part on peut souvent trouver la filaire chez des individus qui n'ont ni éléphantiasis ni aucun autre symptôme apparent de filariose. Les varices lymphatiques qui siègent surtout au triangle de Scarpa, on peut quelquefois les confondre avec une hernie épiploïque, mais elles s'étendent souvent sur le scrotum et les cuisses, ce qui rend alors la distinction facile. Le lympho-scrotum n'est pas autre chose que la localisation scrotale des varices lymphatiques, c'est donc une affection différente de l'éléphantiasis bien que les deux puissent coıncider. La peau est modérément épaissie et criblée de dilatations ampullaires ou variqueuses qui parfois se rompent et laissent échapper en grande abondance un liquide lactescent. On trouve des embryons de filaire dans le liquide obtenu par la ponction d'une de ces dilatations. Le crawcraw est caractérisé par une éruption de petites papules prurigineuses qui ressemblent beaucoup à la gale, ces papules deviennent souvent pustuleuses et contiennent alors des filaires. Du reste on a souvent signalé la coexistence du craw-craw et de la chylurie.

L'œdème lymphatique signalé par Corre est un œdème mou et élastique siégeant au niveau des ganglions tuméfiés ou des vaisseaux lymphatiques dilatés. Puis cet œdème disparaît lentement laissant percevoir à la palpation des vaisseaux lymphatiques thrombosés et très durs.

On peut recherche la filaire directement dans le sang. Comme on sait, cette recherche doit être faite la nuit; elle peut être infructueuse dans des cas de filariose avérée. Il vaut mieux, autant que possible, faire cette recherche dans les liquides pathologiques. Si le liquide contient des grumeaux ou des caillots, c'est là qu'on a le plus de chance de trouver des filaires. La recherche dans le liquide est difficile, car les filaires fort agiles ne se déposent pas au fond du vase par le repos. Lucas conseille de filtrer au papier et de chercher dans les dernières quelques gouttes qui restent au fond du filtre, parce que les filaires ne traversent pas le papier.

## P.-A.-F. Meslet. - Contribution à l'étude des névromes plexiformes.

Cette thèse est une revue assez complète des névromes plexiformes, basée principalement sur les observations d'Arnozan publiées in extenso dans son *Recueil d'observations dermatologiques* (Bordeaux, Gounouilhou, 1892).

## GIBAUD. — Lichénification des téguments.

Reprend la théorie de Brocq et après avoir défini les lichénifications, établit leur division en primitives (lichen simplex) et secondaire (dermatoses lichénifiées). Pas de recherches originales.

### G.-P. GRÉCIET. — Contribution à l'étude de la sécrétion sébacée.

L'auteur fait d'abord la critique des divers procédés de recherche de la graisse à la surface du corps, il compare notamment les procédés d'Arnozan et d'Aubert, et montre que si le procédé d'Arnozan est peut-être moins sensible que celui d'Aubert, il est certainement plus précis parce que les corps gras et les savons seuls arrêtent la giration du camphre dans l'eau, tandis qu'une foule de substances peuvent modifier le papier de façon à rendre plus marquée la teinte noire de l'encre étendue à sa surface.

Gréciet a étudié l'état de la sécrétion sébacée dans diverses maladies, par ce procédé. Dans l'ichtyose généralisée, quand le malade est couvert de squames sèches, la graisse manque partout, mais elle reparaît dès que, sous l'influence des onctions de glycérine et des bains, les squames ont disparu et que la peau a repris sa souplesse. Il faut noter que la glycérine n'impressionne pas le camphre.

Dans la pelade, la graisse fait totalement défaut sur les plaques alopéciques et même dans les points qui ne sont pas encore glabres mais où les cheveux ont déjà perdu leur adhérence.

Dans la séborrhée sèche du cuir chevelu et dans l'eczéma séborrhéique du dos et de la poitrine, l'expérience du camphre est négative, on accuse une quantité de graisse inférieure à la normale dans tous les points malades. C'est là un résultat qui paraît assez surprenant étant donnée l'apparence si grasse de la peau dans ces circonstances.

Dans les grandes maladies générales comme la tuberculose pulmonaire

ou la fièvre typhoïde, la sécrétion graisseuse est partout diminuée d'une façon uniforme.

## Burdin. - Phthiriase des paupières.

L'auteur reprend toute l'histoire de cette affection dont il a pu observer 2 cas à l'hôpital Saint-Jean; chez ses deux malades il a toujours rencontré aux paupières le même parasite, un phthirius inguinalis plus gros que celui du pubis, ce fait avait déjà été observé par Jullien, il s'explique probablement par une différence de milieux car l'émigration du phtirius du pubis aux paupières est dans presque tous les cas évidente; Burdin n'a pas trouvé de taches ombrées, et par inoculation des parasites préalablement écrasés n'a pas réussi à en produire. Le traitement ne présente rien de particulier, c'est celui des autres affections parasitaires de cette nature, en première ligne pommades et solutions mercurielles.

## F.-M. Traonouez. — Traitement des varices des membres inférieurs et de leurs complications par la bande élastique.

On sait combien est imparfaite la contention des varices par le bas élastique ordinaire. De plus il est certaines complications très fréquentes, telles que l'eczéma suintant ou les ulcères qui en rendent l'application impossible. La bande élastique roulée proposée autrefois par Martin est seule applicable dans le dernier cas. Pour la contention des varices non compliquées elle présente sur le bas tissé les avantages suivants : elle coûte meilleur marché, dure plus longtemps et assure toujours une contention parfaite. C'est un bas élastique refait chaque jour sur mesure.

Le seul défaut qu'on puisse lui reprocher c'est d'empêcher l'évaporation de la sueur, mais cette macération est sans inconvénient. Elle ne se produit que les premiers jours, et elle est facile à combattre, par des poudrages de talc additionné d'acide salicylique à 10/0. La bande recommandée par Traonouez est plus longue et plus étroite que la bande de Martin, c'est une bande en caoutchouc rouge de 5 cent. de large, 5 mètres de long, rarement 6 ou 7 mètres, moins de 1 millim. d'épaisseur. Le malade l'applique lui-même tous les matins et l'enlève pour la nuit, ce qui permet de laver et de sécher la bande tous les jours.

Cette thèse, faite sous l'inspiration de M. le médecin principal de la marine Vergniaud, est appuyée par de nombreuses observations fort concluantes.

## J.-J.-E. Mesny. — Contribution à l'étude de l'histologie et de l'étiologie du liséré de Burton.

Étude expérimentale très bien faite du liséré gingival des saturnins.

Le liséré ne s'observe que chez les individus dont la bouche est mal tenue et chez qui une gingivite favorisée par l'anémie saturnine a déterminé des érosions du rebord gingival; dans les tatouages saturnins des joues, de l'intestin, de l'anus, on retrouve à l'orifice des érosions ou des ulcérations. Le liséré, surtout au début, est formé par un dépôt de sulfure de plomb autour des capillaires superficiels de la gencive qu'il dessine très

nettement ainsi qu'en témoignent les planches annexées au mémoire. Dans les lisérés anciens et très accentués l'accumulation des grains noirs rend leur disposition moins évidente.

Le plomb est contenu dans les éléments figurés du sang, surtout dans les globules blancs. Les érosions de la muqueuse permettent la pénétration de l'hydrogène sulfuré dans le derme. Au contact de ce gaz, les globules blancs, dont la diapédèse est favorisée par la gingivite, sont détruits, en même temps que le plomb qu'ils contiennent se transforme en sulfure, et les granulations noires qui en résultent sont par suite déposées dans la paroi des vaisseaux capillaires et dans leur voisinage immédiat. Plus tard il se fait des précipités dans la cavité même des vaisseaux. Les mêmes faits se passent pour les tatouages des muqueuses buccale, intestinale ou anale.

Le liséré gingival est très facile à produire chez le chien, impossible chez le lapin. Chez le chien ou chez l'homme intoxiqué, le liséré qui a disparu après traitement peut être rappelé par l'administration de l'iodure de potassium.

E.-M. PRIGENT. — Études critiques sur les résultats fournis par les injections antiseptiques dans le cours de l'uréthrite blennorrhagique chez la femme.

De tous les antiseptiques vrais employés dans le traitement local de l'uréthrite blennorrhagique chez la femme le permanganate de potasse est le plus satisfaisant car il peut être employé à toutes les doses sans dangers. Il est surtout utile dans la blennorrhagie aiguë, car dans la forme chronique il doit céder le pas au nitrate d'argent.

Gaston Roché. — Des injections sous-conjonctivales de sublimé en thérapeutique oculaire.

Thèse faite sous l'inspiration de Lagrange et sortant du domaine exclusivement syphiligraphique, puisque ces injections ont été utilisées avec avantage dans des affections non syphilitiques des yeux. La syphilis fournit cependant les indications les plus nettes, et dans plusieurs observations des accidents graves de syphilis oculaire, qui avaient continué à évoluer malgré des traitements généraux très bien faits, ont été enrayés en quelques jours par des injections sous-conjonctivales de quelques gouttes de sublimé au millième.

CH.-F. REBOUL. — Recherches sur l'étiologie des chancres syphilitiques céphaliques.

Étude basée sur un certain nombre d'observations nouvelles de chancres indurés céphaliques.

Obs. I. Chancre de la lèvre inférieure d'origine inconnue. — II. Chancre de la lèvre inférieure chez un enfant qui avait mis dans sa bouche des clous infectés comme le font souvent les tapissiers. — III. Chancre de la lèvre inférieure du à une coupure de rasoir. — IV, V. Chancres de la lèvre chez des verriers. — VIII. Chancre de la langue. — IX. Chancre des

amygdales. — X, XI. Chancre de la cloison des narines. — XVII, XVIII, XIX. Chancres du menton dus à une coupure de rasoir.

## J. Petit. — Des gommes syphilitiques de la conjonctive.

Les gommes siègent, soit dans la conjonctive palpébrale, soit et plus souvent dans la conjonctive bulbaire. Elles sont du reste un accident peu fréquent, qui peut coı̈ncider avec d'autres manifestations de la syphilis tertiaire, mais est généralement isolé en tant que lésion oculaire.

La gomme palpébrale atteint généralement la paupière supérieure et

son point de départ peut être le cartilage tarse.

La gomme bulbaire a le volume d'un pois, voire d'une petite noisette, elle est rosée, arrondie, dure au début. Le plus souvent elle adhère à la sclérotique en même temps qu'à la conjonctive qu'elle soulève. Elle peut quelquefois, par suite de son siège, gèner les muscles de l'œil ou lorsqu'elle siège sur le limbe scléro-cornéen, ce qui est assez fréquent, elle peut entraîner des lésions graves de la cornée. La perforation de la sclérotique est très rare.

La guérison se fait d'habitude très facilement par le traitement spéci-

fique.

### HAZARD. — Étude sur la syphilide pigmentaire.

N'ajoute rien à la description de Fournier, n'a pas fait d'examens anatomo-pathologiques, n'a guère qu'un mérite, celui d'insister sur la fréquence de la syphilide pigmentaire et sur l'importance de son diagnostic. M. Dubreulle.

#### Lyon, 1892-1893.

JACQUES FOURNIÉ. — Contribution à l'étude de la syphilis acquise chez les impubères (12 novembre 1892).

Cliniquement, chez l'impubère, la syphilis revêt deux formes : l'une débutant par une éruption sans cause autre que la syphilis des ascendants, l'autre débutant par un chancre et due à la contagion. La première est la syphilis héréditaire, la deuxième est la syphilis acquise. Si l'hérédosyphilis a été l'objet d'études nombreuses et de recherches minutieuses, par contre, la syphilis acquise des enfants est loin d'avoir suscité d'aussi nombreux travaux. Un seul point a paru intéresser les auteurs : c'est le chapitre de l'étiologie. Quant aux symptômes, à la marche, au pronostic, ils ont été laissés de côté ou à fort peu près. C'est à l'examen de ces questions diverses que M. Fournié consacre sa thèse inaugurale,

Après l'énumération de 59 cas tirés des auteurs, il donne le résumé de huit observations inédites ayant trait à des enfants atteints de syphilis acquise. C'est sur ce chiffre un peu faible que l'auteur base la symptomatologie et le pronostic que présente la syphilis acquise chez les impubères. On y voit que l'accident primitif paraît avoir une durée moins longue ehez l'enfant que chez l'adulte, que la roséole peut manquer complètement, que les manifestations secondaires ne présentent pas le caractère de polymorphisme qu'on observe chez l'adulte et surtout chez le vieillard. Chez

l'impubère, les accidents secondaires les plus fréquents sont les plaques muqueuses buccales, anales et vulvaires, mais ce qui frappe surtout, c'est l'absence absolue de symptômes généraux. C'est ainsi que dans la plupart des observations, on trouve notées: l'absence de fièvre, de céphalée, de douleurs ostéocopes, la conservation de l'appétit, tous symptômes qui sont relativement fréquents chez l'adulte.

Rareté des accidents graves, secondaires ou tertiaires, rareté des localisations cérébrale ou viscérales, tout jusqu'à la facilité, l'efficacité du traitement contribue à faire de la syphilis acquise de l'impubère, une maladie plus rapidement et plus radicalement guérie que celle de l'adulte. Telle est la conclusion qui découle du mémoire de M. Fournié.

Quant à l'explication physiologique de cette conclusion, l'auteur la trouve dans la théorie de Brown-Séquard, autrement dit le fonctionnement des testicules. Car, ajoute-t-il, si nous voyons la syphilis acquise bénigne chez l'impubère, de moyenne intensité chez l'adulte, grave chez le vieillard, c'est qu'il est fort possible qu'il y ait là un rapport avec le fonctionnement des organes génitaux non encore chez l'impubère, normal chez l'adulte, fatigué et au repos chez le vieillard.

# Joseph Gauran. — Des rétrécissements syphilitiques du rectum, leur traitement par l'extirpation (6 décembre 1892).

Deux points spéciaux sont étudiés dans ce travail : d'abord l'anatomie pathologique de la lésion, puis le traitement considéré surtout en tant que chirurgical. On sait que la syphilis est une des causes les plus fréquentes des rétrécissements rectaux. En premier lieu, ces rétrécissements peuvent être produits par la rétraction cicatricielle d'ulcérations spécifiques de la période tertiaire, et en second lieu, suivant la théorie de M. Fournier, il est des rétrécissements rectaux syphilitiques qui dérivent d'une hyperplasie interstitielle des parois rectales sans ulcérations primitives : ces rétrécissements, en un mot, se produisent comme une conséquence du syphilome ano-rectal, et ce sont de beaucoup les plus fréquents. C'est là la théorie du professeur Fournier, basée uniquement sur la clinique et sur l'analogie qui doit exister entre les lésions du foie ou du testicule à cette période de la syphilis et les lésions du rectum. Or, cette théorie, quoique rationnelle, n'était qu'une hypothèse : il lui manquait une preuve tirée d'observations anatomo-pathologiques. Il fallut donc vérifier microscopiquement ce qu'étaient au début les lésions du syphilome ano-rectal.

Sur un rétrécissement enlevé à une malade provenant du service de M. Poncet, l'auteur, avec l'aide du Dr Dor, a constaté que le tissu présentait une abondante prolifération de cellules embryonnaires réparties au milieu des fibres et tantôt disséminées en nappes étendues, tantôt groupées en nodules et développées dans un milieu abondamment vascularisé. Les nodules ne présentent pas, il est vrai, à leur partie centrale, la dégénérescence que l'on rencontre habituellement à l'intérieur des gommes; mais, d'autre part, on ne peut songer au follicule tuberculeux, car on n'y retrouve ni cellules géantes, ni zone épithélioïde, ni dégénérescence caséeuse. En outre, la vascularisation abondante vient à l'encontre de la tuberculose. Est-ce de l'inflammation simple? Assurément, non; elle ne

produit pas ces groupements cellulaires en nodules arrondis. Cette inflammation, ajoute l'auteur, est de nature particulière et doit être rattachée à la syphilis avec une certitude presque absolue. Telles sont les lésions du début; elles sont suffisamment démonstratives pour constituer une preuve, et de la nature syphilitique du mal, et du processus par lequel la syphilis engendre les rétrécissements rectaux. Conséquemment, la théorie de Fournier ou du syphilome ano-rectal est donc démontrée vraie, contrairement à l'opinion de quelques chirurgiens, Duplay entre autres, qui la considèrent comme n'étant pas l'expression de la vérité.

Quant aux lésions du rétrécissement confirmé, elles ont été déjà décrites par Malassez, en 1872. La portion rectale utérine est alors constituée surtout par du tissu conjonctif fibreux qui enserre les fibres musculaires et

qui tend à envahir l'épaisseur entière des tuniques rectales.

Relativement aux modes de traitement, ils sont nombreux et multiples. Parmi les anciennes méthodes, les unes sont d'ordre médical, les autres d'ordre chirurgical; ces dernières peuvent être rangées en trois groupes: la dilatation, l'électrolyse et la rectotomie. De ces anciennes méthodes, on ne devrait, selon Gauran, ne conserver que le traitement spécifique d'une part, lorsque l'affection est à l'état de syphilome, parce que les lésions, à une époque jeune encore de leur évolution, sont susceptibles d'être heureusement influencées par les spécifiques, et d'autre part, la dilatation lente, lorsque le rétrécissement est constitué par une simple bride. Mais la dilatation brusque, l'électrolyse, sont à rejeter, l'une comme dangereuse, la deuxième comme inefficace. La rectotomie externe même est une opération défectueuse, parce qu'elle n'est que palliative et est impuissante à prévenir les récidives; toutefois, la rectotomie externe autoplastique de Péan est un progrès sur l'opération précédente.

Aussi, en présence des inconvénients que présentent ces diverses méthodes, l'auteur pense que le seul moyen d'obtenir une guérison absolue est de pratiquer l'ablation complète de la masse pathologique et de faire ensuite une autoplastie totale par abaissement de la portion supérieure saine de l'intestin. C'est ainsi qu'il conseille : a) la méthode de Kraske lorsque les rétrécissements sont voisins de l'anus, de 3 centim. au moins, -b) la méthode de Segond, si les rétrécissements sont voisins de l'anus, mais n'atteignent pas le sphincter, -c) enfin la méthode dite de Poncet et Jaboulay, si les lésions ont envahi le rectum et l'anus.

Jules Grisel. — Essai sur la maladie des vagabonds, sa confusion possible avec la maladie d'Addison (22 décembre 1892).

L'auteur a tiré son sujet d'une observation de maladie des vagabonds recueillie dans le service du professeur Boudet, une des plus complètes publiées jusqu'à ce jour. Il insiste particulièrement sur les symptômes principaux, sur les trois phénomènes en quelque sorte ordinaux qui caractérisent cette affection, à savoir : la coloration anormale des téguments, la pigmentation des muqueuses et la cachexie. La mélanodermie est le signe connu et noté dans toutes les observations, mais elle affecte une disposition spéciale qui, dans le plus grand nombre des cas, permet de la différencier des autres hyperpigmentations cutanées; elle atteint

surtout les parties en contact plus immédiat sur les vêtements et s'accuse moins au contraire par les parties découvertes et sur celles qui sont le lieu habituel des colorations de la maladie d'Addison : scrotum, mamelons, creux axillaires. Cette mélanodermie s'accompagne d'éruption de prurigo avec quelques traînées excoriées, suites de grattage. Quant au mécanisme de la production anormale du pigment, Grisel ne croit pas que l'action irritante des pediculi à la surface du corps soit capable, à elle seule, d'en rendre compte ; il fait intervenir l'action, sur les centres nerveux ou les extrémités des nerfs réglant la fonction pigmentaire, de produits anormaux, toxiques, circulant avec le sang.

Mais quel est le point de départ de cette action ?

Comment se produisent ces substances toxiques? L'auteur ne le dit pas Quant au deuxième symptôme - la pigmentation des muqueuses - bien que nié pendant longtemps, il existe cependant dans la maladie des vagabonds. Les observations de Leudet, de Greenhow, de Besnier, Thibierge, Fournier, le signalent. Aussi, dans le diagnostic, importe-t-il de tenir compte de la possibilité de la pigmentation des muqueuses (palatine, génienne, etc.), laquelle ne peut pas être considérée comme pathognomonique de la maladie d'Addison. Relativement à la cachexie, c'est à dire le troisième des signes fondamentaux de la maladie de Vogt, il se présente sous des aspects divers. Chez tel malade, c'est seulement une grande faiblesse, un amaigrissement extrême, chez d'autres, une asthénie profonde avec œdème, diarrhée, insomnie. Aussi ne peut-on s'étonner que dans plusieurs cas, les patients aient été considérés comme atteints de maladie d'Addison, jusqu'au moment où la guérison ou l'autopsie venait montrer que ce diagnostic était erroné. En l'espèce donc, c'est-à-dire dans ces cas où les phénomènes généraux sont très accentués, où il existe de la pigmentation des muqueuses, les seuls caractères distinctifs sont la pigmentation cutanée, les démangeaisons et les lésions de grattage.

Le pronostic de la maladie des vagabonds, bénin pour les cas légers, s'assombrit dans les cas graves : la mort par cachexie ou par suite d'une maladie dite intercurrente en est parfois la terminaison fatale. Quant au traitement, il devra tout d'abord s'adresser à la cause, c'est à dire aux parasites dont il faudra débarrasser le malade, puis à l'organisme qu'il conviendra de remonter par tous les moyens possibles (alimentation, toniques, etc.).

AIMÉ MATHIEU. — Contribution à l'étude du papillome corné névrotique (26 décembre 1892).

Des six observations relatées par l'auteur, une communiquée par M. Augagneur, a été l'objet de recherches histologiques intéressantes. De ces recherches, il résulterait que l'affection serait essentiellement constituée par une augmentation de nombre et de dimensions des relèvements papillaires, et en dernier lieu par un épaississement extrêmement marqué des couches épidermiques avec surabondance de matière cornée. Conséquemment, il faudrait classer cette lésion cutanée dans le groupe histologique des papillomes hyperkératosiques et en faire une entité morbide. Cette affection ne peut pas être décrite sous le nom de nævus nerveux ou

de nævus verruqueux, toutes dénominations qui sont trop vagues; elle ne doit pas davantage être confondue avec les nævi kérato-pilaires décrits par Hallopeau. Elle doit être nettement séparée de l'ichtyose avec laquelle on la confond souvent. Si parfois l'aspect macroscopique des nævi cornés et de l'ichtyose est fort semblable par endroits, identique même en certains points, il y a pourtant entre les deux dermatoses de nombreuses différences cliniques. C'est l'absence d'hérédité, c'est l'ordination des lésions sur trajet nerveux si particulière aux nævi, c'est la localisation indifférente de l'affection, alors que dans l'ichtyose, le maximum de développement siège dans l'extension. Les parties génitales rigoureusement indemnes dans l'ichtyose ne sont pas toujours respectées par les papillomes cornés. Il est vrai de dire que cette preuve se trouve amoindrie par le fait que, dans des cas rares d'ailleurs, la localisation de l'ichtyose se fait parfois exclusivement ou tout au moins d'une façon prédominante aux points de la surface du corps qui, dans la règle, sont respectés d'une manière absolue. C'est là l'ichtyose paratypique de M. Besnier. Enfin, au point de vue de l'évolution, les papillomes cornés disparaissent parfois, tandis que l'ichtyose persiste.

Relativement à l'étiologie du papillome corné, deux théories sont en présence. L'une, dite nerveuse, s'appuie sur les faits de Bærensprung, Gerhardt, Hutchinson, Campana, etc., où ces auteurs attribuent la production des nævi nerveux à des troubles de l'axe médullaire ou des nerfs. Malheureusement, cette théorie n'a pu jusqu'ici être établie sur des bases sûres, aucune altération nerveuse n'a encore été constatée dans les divers examens histologiques pratiqués dans ce but. Une autre théorie — M. Thibierge accepte le fait pour l'ichtyose — admettrait une malformation congénitale qui, ayant persisté durant plusieurs mois à l'état latent, pourrait ne se manifester qu'à une époque donnée. C'est ainsi que, suivant la prédominance de l'action nerveuse ou de la malformation primitive sur tel ou tel tissu, on aurait affaire aux diverses variétés de nævi signalées.

Dans l'état actuel de la science, on le voit, cette question reste entière, et le problème est encore à résoudre.

RODOLPHE D'ARLHAC. — Contribution à l'étude des micro-organismes de la blennorrhagie et de l'orchite blennorrhagique (28 décembre 1892).

Travail destiné surtout à faire une étude comparée entre le microbe de Neisser et un microbe trouvé dans l'orchite blennorrhagique. Dans le premier chapitre, l'auteur relate les caractères microscopiques et chimiques du gonocoque. Il nous montre que la forme (en biscuit, en grain de café) que Neisser avait donnée comme absolument caractéristique de l'agent blennorrhagique, appartient aussi à bien d'autres diplocoques comme l'ont prouvé des recherches consécutives. Somme toute, le gonocoque n'a pas une forme spéciale et caractéristique : il n'est qu'un individu d'une grande classe. Les diplocoques ont la propriété de se diviser pour chaque couple perpendiculairement à l'axe de la division précédente, ce qui les assemble en tétrades et en amas et non en chaînettes comme les streptocoques. On sait d'autre part que le gonocoque se colore parfaitement

et avec rapidité par toutes les couleurs basiques d'aniline usitées en bactériologie. Dès 1886, Cornil et Babès signalent la propriété du gonocoque de se décolorer lorsqu'on le soumet à la méthode de Gram. En 1887, Roux (de Lyon) donne cette réaction comme propre à différencier absolument le gonocoque. Quelle est la valeur de cette méthode? Macé. Legrain, etc., lui accordent toute confiance et en font un excellent caractère de différenciation. Mais à l'époque où Roux donne cette propriété du gonocoque comme un caractère distinctif de l'espèce, les micro-organismes qui se trouvent dans l'urèthre à l'état normal et à l'état pathologique étaient encore mal connus. Or, les recherches ultérieures ont montré que la méthode était souvent en défaut en présence des espèces variées de diplocoques ou pseudo-gonocoques renfermées dans les organes génitaux. De sorte que, ajoute l'auteur, si, dans les recherches journalières, la coloration simple, jointe à l'observation de la forme et du siège du gonocoque dans les cellules suffit aux besoins cliniques, on ne peut se baser sur la méthode Roux-Gram dans les cas délicats et pour un diagnostic précis. Par conséquent, doit-on encore moins s'en servir en médecine légale.

L'auteur s'étend longuement sur la culture du gonocoque. Après avoir cité les divers expérimentateurs qui ont tenté des cultures sur milieux ordinaires, cultures qui, probablement, ne sont pas dues au gonocoque, M. d'Arlhac emprunte à Bumm, un des auteurs, sinon le seul, qui soient arrivés à avoir des cultures simples, son mode d'opérer et les manipulations nécessaires. Pour cela, il faut prendre le sérum du sang humain retiré d'un placenta frais, le préparer suivant certaines conditions qu'il serait trop long d'énumérer ici, et l'ensemencer avec du pus riche en gonocoques et datant au plus de la première semaine de la chaudepisse, sauf les premières heures. C'est ainsi qu'après plusieurs essais infructueux, M. d'Arlhac a obtenu des cultures pures qu'il a suivies jusqu'à la 6e génération, alors que Bumm avait pu réussir jusqu'à la 20e génération.

Le gonocoque cultivé et obtenu, il s'agissait de le comparer avec un autre microbe découvert par Eraud dans l'épididymite blennorrhagique et étudié ultérieurement par Hugounenq et Eraud au point de vue bactériologique et chimique. Il s'agissait de savoir si ces deux microbes étaient similaires et si partant, comme l'avait cru tout d'abord Eraud, il s'agissait du gonocoque lui-même. A l'examen micrographique, il est impossible de faire la distinction entre ces deux microbes. Toutefois, il est un caractère qui peut être utile à la différenciation des cultures pures : ce diplocoque se détache sur un fond clair tandis que la préparation d'une culture pure de gonocoque, présente un fond de granulations fines qui ont pris très faiblement ou pas du tout la couleur. Mais c'est par les cultures que la différence s'établit. Le diplocoque de l'orchite se développe sur bien des terrains, agar, gélatine, bouillon, sérum, etc., y acquiert une grande vitalité, tandis que le gonocoque, même sur sérum, vit difficilement et meurt bientôt pour se résoudre en granulations fines. Il y a donc là une différence capitale des deux espèces. Mais il y a plus. MM. Hugounenq et Eraud, ayant constaté que des échantillons de pus blennorrhagique prélevés sur divers malades ne donnaient pas toujours une culture, découvrirent, en étudiant les, observations de ces malades, que très souvent, lorsqu'il y avait culture, la blennorrhagie était peu après compliquée d'orchite. En outre, l'injection expérimentale de culture pure de ce microbe, ou du produit soluble excrété par lui dans le testicule de chiens jeunes, y reproduisait l'orchite. Ce saprophyte de l'urèthre paraît donc avoir pleinement satisfait à la triade de Pasteur. D'où il est permis d'inférer une relation de cause à effet entre le microbe et le symptôme orchite, relation qui a été consacrée plus tard par l'appellation d'orchiocoque, qui a été donnée à ce microbe.

Enfin, de la coïncidence observée entre la présence de ce microbe de l'orchite dans le pus blennorrhagique et l'existence de l'orchite, l'auteur a tiré les conclusions ci-après : a) c'est que quand il y a culture sur agar, l'orchite peut survenir ; b) lorsqu'il y a culture, l'orchite ne se produit pas nécessairement; c) enfin, lorsqu'il n'y a pas culture, il n'a jamais pour sa part constaté d'orchite.

Adolphe Gauthier. — Des éruptions cutanées chez les hystériques (15 mars 1893).

L'auteur a cherché à prouver que l'hystérie dans certains cas détermine des éruptions cutanées et s'est surtout appliqué à faire une étude géné-

rale de ces éruptions.

Il y a longtemps que l'influence du système nerveux sur la production de certaines affections cutanées a été signalée par les auteurs. C'est ainsi qu'on a observé des éruptions de la peau dans beaucoup de cas de maladies nerveuses, les myélites, les encéphalites, dans les différentes névroses. On en a mentionné dans l'épilepsie, dans la chorée, dans le goitre exophtalmique, mais c'est surtout dans l'hystérie qu'on les a rencontrées le plus souvent. Bien que ces éruptions ne soient pas bien fréqueutes et que leur existence ne soit pas admise sans conteste par tous les auteurs, il est impossible de nier qu'il n'y ait des éruptions cutanées sous la dépendance de l'hystérie. A l'actif de cette dernière, on cite par ordre de fréquence, le pemphigus, les érythèmes, l'urticaire, l'herpès, l'eczéma et le lichen.

Les érythèmes surviennent tantôt en dehors des crises, tantôt précèdent une éruption bulleuse, tantôt se montrent mêlés à l'éruption pemphigoïde. Ces érythèmes s'accompagnent d'hyperesthésie. d'une certaine élévation

de température.

L'urticaire chronique peut être déterminée par l'hystérie, cependant l'urticaire provoquée est bien plus souvent observée dans cette névrose. C'est ce phénomène très bizarre qui a reçu des appellations variées, urticaire factice, urticaire provoquée, urticaire graphique, dermatoneurose stéréographique, autographisme, dermographie, et tout récemment dermographisme. Indépendamment de l'arthritisme qui compte à juste titre dans l'étiologie générale des urticaires, l'autographisme semble avoir pour cause prédisposante à ses manifestations les troubles fonctionnels du nervosisme hystérique. Toutefois il convient d'ajouter que bien que l'hystérie prédispose au dermographisme, il semble résulter des statistiques connues que ce phénomène n'est pas cependant très fréquent chez les hystériques.

Le pemphigus est la lésion cutanée la plus communément observée

chez les hystériques: les observations de pemphigus hystérique sont très nombreuses, mais il présente certains caractères spéciaux. C'est ainsi que les poussées de pemphigus chez les hystériques surviennent principalement, mais pas toujours, au moment des règles. Elles alternent le plus souvent, quelquefois coıncident avec les symptômes de la névrose; elles s'accompagnent habituellement de troubles de la sensibilité et coexistent assez souvent avec d'autres troubles trophiques. Les bulles se distribuent très régulièrement, sans suivre le trajet d'un nerf comme cela a lieu dans les maladies du système nerveux à lésions anatomiques fixes et connues. La distribution des bulles semble se faire de préférence par plaques rappelant ainsi cette disposition de l'anesthésie en plaques, que l'on observe si souvent dans l'hystérie. Le contenu de la bulle est généralement une sérosité claire.

L'évolution est rapide, elle se fait ordinairement en 8 jours, quelquefois moins, mais les récidives sont fréquentes, de sorte que la durée totale de la dermatose est indéterminée. Quant au pronostic, il est comme celui de toutes les éruptions d'origine hystérique, tout à fait bénin : le pemphigus hystérique n'altère en rien la santé des sujets qui en sont atteints, ne détermine habituellement pas de fièvre, et aboutit toujours à une reproduction complète de l'épiderme.

L'herpès est toujours ou presque toujours un trouble trophique, expression cutanée d'un trouble nerveux de nature irritative, spécifique ou non. Quoique pas très fréquent dans l'hystérie, il a cependant été signalé par quelques auteurs. Son évolution est analogue à celle d'un herpès ou d'un zona d'une autre origine.

L'eczéma est certainement l'une des éruptions cutanées le plus rarement observées dans le cours de l'hystérie. Le lichen plan seul a été observé dans l'hystérie, et encore nous ne connaissons que deux exemples publiés par Feulard. Quant au prurigo, il a été également signalé dans l'hystérie, mais sans observations à l'appui.

Quel est le mécanisme intime, quelle est la pathogénie de ces dermatoses d'origine hystérique? L'auteur, après avoir passé en revue la théorie vaso-constrictive, la théorie irritative, la théorie des nerfs trophiques, la théorie de l'affaiblissement de l'influence trophique, se rattache à la théorie vaso-dilatatrice. Car, dit-il, sous une influence nerveuse, il peut se produire de l'hyperhémie locale, et c'est à cette dilatation vasculaire locale que l'on doit attribuer le mécanisme des éruptions cutanées dans l'hystérie.

Gonnon Joannes. — Le gallanol, son étude et son emploi dans le traitement de l'eczéma et du psoriasis (juillet 1893).

La thérapeutique dermatologique vient de s'enrichir d'un nouveau médicament : le gallanol; ce corps, connu à l'état impur dans l'industrie sous le nom de gallol, doit être rapproché de l'acide pyrogallique, car, comme ce dernier, il possède une action phénolique et en même temps réductrice. Comme tel, il offre des propriétés antiseptiques et microbicides.

Les vingt observations relatées par l'auteur où le gallanol a été employé, ont trait exclusivement à des cas d'eczéma ou de psoriasis; il en découle

que le gallanol est un corps actif, c'est-à-dire qu'il peut donner lieu à une poussée, à une sorte de dermite, lorsqu'il est appliqué en quantité trop abondante. Mais d'après Gonnon, il ne faudrait pas trop incriminer cette poussée, car presque tous ses malades en ont retiré un avantage. Elle serait, paraît-il, pour les eczémateux notamment, le commencement de la guérison, et l'on pourrait même dire que le gallanol commence par produire une irritation, signe de la prochaine disparition de l'eczéma. Tous les malades atteints d'eczéma auraient été guéris par le gallanol et cela, dans un espace de temps relativement court. Le premier bénéfice retiré de ce traitement par les patients, est la cessation ou la diminution du prurit intense qui les incommode tant, et le suintement lui-même ne tarde pas à se tarir. Bien que le gallanol puisse être employé en poudre, en pommade, en badigeonnage, Gonnon donne la préférence dans l'eczéma aux applications de gallanol sous forme de pommade dans les proportions de 0,50/30, 1/30, 1/10.

Dans le psoriasis, son action est surtout sensible dans le psoriasis de moyenne intensité. C'est un agent précieux pour le cuir chevelu, la face, le cou, car son action est plus rapide que celle des alcalins. Il s'emploie soit en pommade à 1, 3, 10 grammes pour 30, soit mélangé à la traumaticine. Dans les psoriasis anciens et rebelles, il agit peut-être moins vite que l'acide chrysophanique et surtout que l'iodochlorure de mercure, mais offre sur ces médicaments l'avantage de pouvoir être laissé entre les mains des malades sans avoir à redouter des accidents.

J. Earup.

#### REVUE DES LIVRES

H. Hallopeau. — Traité élémentaire de pathologie générale. 4° édition, 1 vol. in-8°, de 918 pages. Paris, J. B. Baillière, éditeur, 1893.

Le nombre des éditions de cet ouvrage et la rapidité de leur succession — la première porte le millésime de 1884 — montrent quel succès il a obtenu auprès des lecteurs. Ce serait donc un pléonasme de vanter encore ses qualités : un ouvrage qui ne se recommanderait pas par sa clarté et par un exposé complet de l'état de la science ne jouirait pas d'une semblable vogue, semblablement continue.

Contentons-nous de constater le soin et l'érudition hors de pair dont l'auteur fait preuve à chaque page; sur les sujets les plus variés il résume tous les travaux importants récemment publiés. La dermatologie a naturellement une bonne part dans les additions que comportent cette nouvelle édition: c'est surtout aux chapitres des végétaux parasites et des tumeurs qu'on les trouvera.

Georges Thibierge,

Barthélemy. — Étude sur le dermographisme ou dermoneurose toxivasomotrice. In-8°, 290 p. avec 17 planches. Paris, Société d'éditions scientifiques, 1893.

Il semble qu'une monographie de quelques pages devrait suffire à épuiser l'intérêt de cette petite manifestation cutanée qu'on appelle le dermographisme, mais « au fur et à mesure qu'on en approfondit l'étude, nous dit l'auteur, on doit reconnaître que ce petit phénomène soulève bientôt des problèmes sérieux et ardus de médecine et de physiologie, qu'il a eu son rôle historique, qu'il n'est pas sans intérêt philosophique et que beaucoup trop d'inconnues s'y rencontrent encore » ; et entraîné par l'intérêt si pénétrant qui s'attache à ces sortes d'études M. Barthélemy, à propos du dermographisme, nous refait, avec infiniment de précision et un grand luxe de détails, l'histoire merveilleuse de l'hystérie cutanée, laquelle touche de si près, comme on sait, à celle des sorciers et des démoniaques. Tous ces faits, autrefois inexpliqués, de stigmates cutanés qui intriguèrent et effrayèrent tour à tour, et causèrent la condamnation et la mort de malheureux, coupables seulement de maladie, trouvent aujourd'hui leur explication naturelle. Le dermographisme, à vrai dire, n'est qu'un syndrome relevant de deux causes, le nervosisme et l'arthritisme, si souvent associées en pathologie que pour beaucoup d'observateurs elles ne forment qu'une seule même forme diathésique. Cela crée la prédisposition ; la cause provocatrice étant de nature toxique, le plus souvent une auto-intoxication habituellement d'origine alimentaire. Certains animaux, les chevaux notamment, seraient sujets au dermographisme et l'on trouvera dans le livre de M. Barthélemy une figure représentant le flanc d'un cheval sur la peau

duquel apparaissent en lignes saillantes des lettres tracées avec une pointe mousse.

Toute la première moitié du livre est consacrée à l'étude détaillée du phénomène; la seconde, d'importance égale, contient d'intéressantes pièces justificatives, les unes cliniques, sous forme de notes et d'observations relatives aux malades les plus curieux, les autres historiques, reproduisant ou résumant les faits les plus typiques relatés dans les vieux auteurs. Les unes comme les autres témoignent de la grande somme de travail qu'a dû fournir M. Barthélemy pour rassembler ses matériaux, recueillis dans les auteurs les plus divers, médecins, physiologistes, historiens, ecclésiastiques et même cabalistes.

Le très volumineux index bibliographique qui termine le volume en fait encore foi et termine dignement cet excellent travail où l'auteur, à côté de ses qualités habituelles d'observateur sagace et de clinicien, a montré un goût très vif d'érudition et un sens très juste des recherches historiques.

H. F.

## GÉMY. — A propos des végétations extra-génitales. Broch. in-8° de 63 pages, avec 2 planches. Alger, A. Jourdan, éditeur, 1893.

Gémy prend texte de deux observations de végétations occupant dans le premier cas la cavité buccale (muqueuse des joues, lèvres, luette, voûte palatine, langue), et dans le second cas le cuir chevelu où on en pouvait voir une centaine de groupes disséminés sur toute son étendue.

Il montre, à l'aide de ces deux observations, que le contact d'un liquide irritant, physiologique, pathologique ou vénérien, généralement invoqué pour expliquer le développement des végétations, ne peut pas toujours être invoqué.

Il rapporte ensuite l'observation d'un sujet présentant simultanément des masses végétantes péri-anales, des verrues planes de la jambe gauche et une tumeur de molluscum contagiosum occupant l'angle péno-scrotal et cite une série de faits dans lesquels il a constaté, suivant la remarque de Diday, que les sujets atteints de végétations de sièges divers ont eu presque tous des verrues aux mains pendant leur enfance, quand ils n'en ont pas conjointement avec les végétations. Il conclut de ces faits que ces deux variétés de papillomes ont un certain degré de parenté, que prouve encore l'identité à peu près complète de leurs lésions anatomiques. D'ail-leurs, les végétations comme les verrues, sont auto-inoculables, et, malgré l'opinion contraire de plusieurs auteurs, sont très probablement aussi contagieuses.

A propos du fait dans lequel il a vu le molluscum contagiosum coïncider avec des végétations péri-anales et des verrues, il montre les analogies du molluscum avec les deux autres lésions: contagiosité, auto-inoculabilité, développement de tumeurs multiples à la suite de l'apparition d'une tumeur primitive, de même que les verrues se multiplient après la production d'une « verrue mère » et que la première végétation est suivie du développement d'autres plus petites, fait évident dans son observation de végétations du cuir chevelu.

L'assimilation du molluscum aux verrues et aux végétations est peut-

être un peu forcée et la présence de figures de coccidies dans les 2 cas qui servent de base à ce travail ne serait pas suffisante pour la justifier; on ne peut nier cependant la réalité des analogies relevées par l'auteur.

En tous cas, il est permis de conclure avec Gémy que l'influence d'une cause irritante quelconque est insuffisante à expliquer le développement des végétations. L'intervention directe d'un parasite, non encore déterminé, doit être invoquée pour les expliquer, de même que pour les verrues.

Signalons encore une observation où l'auteur montre que les végétations

intra-uréthrales peuvent simuler la blennorrhagie.

Le traitement chirurgical des végétations, excision, curettage, cautérisation, est rarement indiqué, et l'auteur conseille de n'y avoir recours qu'après avoir réduit leur volume par l'emploi des liquides ou poudres astringents. Le thuya, intus ou extra, ne lui a donné aucun résultat favorable. Il recommande vivement l'emploi d'une poudre composée, par parties égales, de sabine et d'acide salicylique avec laquelle il a toujours obtenu, en un mois, la disparition de végétations atteignant le volume d'une noisette.

### Ch. Audry. — Précis des maladies blennorrhagiques, In-12, 313 p. Paris, Steinheil, 1894.

C'est la première fois, croyons-nous, qu'une monographie de cette importance paraît en France, sur la blennorrhagie. Aussi bien l'importance de cette maladie a-t-elle été toujours s'augmentant dans ces dernières années; la découverte du gonocoque, puis la délimitation de son rôle et de son action vis-à-vis des autres agents de suppuration qui l'accompagnent souvent ou lui succèdent ; la connaissance précisée des infections secondaires auxquelles il ouvre la porte et desquelles relèvent la plupart des complications blennorrhagiques; la part devenue si prépondérante de l'infection blennorrhagique dans la pathologie utéro-ovarienne, enfin d'heureuses tentatives thérapeutiques récentes ont modifié et quelque peu transformé l'ancien tableau clinique de la chaudepisse, et il y avait intérêt à rassembler et à condenser ces notions nouvelles disséminées dans des thèses ou dans des articles de journaux. Il était difficile de le faire avec plus de clarté et de précision, car jamais titre d'ouvrage fut mieux mérité, que l'a fait M. Audry, dont nos lecteurs ont déjà pu apprécier l'activité de production. Un ouvrage de ce genre échappe à l'analyse de détail.

Nous ne saurions trop louer le plan de l'ouvrage : après les généralités consacrées à l'étude du gonocoque et de l'étiologie, l'auteur étudie dans une première partie les affections blennorrhagiques, blennorrhagie urogénitale de l'homme, blennorrhagie de la femme et blennorrhagie des enfants pour la première fois complètement traitée, et les localisations blennorrhagiques communes aux deux sexes, blennorrhagie buccale et nasale, anale et rectale, blennorrhagie conjonctivale d'inoculation chez l'adulte et le nouveau-né. La deuxième partie est consacrée aux infections blennorrhagiques comprenant en autant de chapitres séparés le rhumatisme, la pleurésie, les cardiopathies, les complications nerveuses dont les principales sont les atrophies, les manifestations oculaires indépen-

dantes des inoculations, les périostites, les éruptions, enfin les septicémies.

Dans un dernier chapitre de conclusions, il étudie enfin le côté prophylactique et la question du mariage des blennorrhagiques. Il n'hésite pas à proclamer bien haut ce que l'on se dit de plus en plus, que la blennorrhagie par ses complications et surtout par la façon désastreuse dont le gonocoque stérilise des femmes jeunes et vigoureuses cause plus de ravages que la syphilis et influe de la façon la plus lamentable sur la dépopulation. Aussi dans la presque impossibilité où l'on est de faire une prophylaxie sérieuse et de protéger l'homme contre la chaudepisse, il faut du moins s'efforcer de préserver la femme et faire au point de vue matrimonial vis-à-vis de la blennorrhagie ce que l'on fait pour le chancre induré, ne pas autoriser au mariage un individu dans l'urèthre duquel on trouve des gonocoques. La meilleure connaissance des affections blennorrhagiques et de leurs suites contribuera aussi certainement à cette œuvre de prophylaxie, et des livres comme celui de M. Audry y ont une large part par les vérités qu'ils diffusent.

### Butte. — Les teignes; leur traitement. In-12, cart., 123 p. Paris, Soc. d'éditions scientifiques, 1893.

Ce petit livre très élémentaire s'adresse non seulement aux médecins, dont il sera cependant pour beaucoup, trop ignorants de ces importantes questions, un guide utile, mais aussi aux pères de famille et aux directeurs d'écoles qui, en contact journalier avec des enfants susceptibles de contracter la teigne, devraient pouvoir la reconnaître dès le début pour empêcher sa propagation. Il fallait donc faire, à la fois très concis et très clair, ce que l'auteur a parfaitement réussi, sans omettre cependant de résumer les derniers travaux de microbiologie si intéressants.

La prophylaxie tient une place importante dans l'ouvrage, qui se termine par une étude sur les différents établissements où sont soignés les teigneux, à Paris. Nous sommes absolument d'accord avec l'auteur pour réclamer la création sur divers points de la ville, notamment sur la rive gauche, d'un ou de plusieurs externats destinés au traitement et à l'instruction des teigneux, l'école de Saint-Louis ne pouvant rendre aucun service aux enfants qui en sont trop éloignés. Le fait se produit chaque semaine à l'hôpital des Enfants-Malades, d'enfants habitant Montrouge et Vaugirard, qu'on est obligé de laisser pour ainsi dire sans traitement, parce qu'on ne peut les admettre dans l'hôpital, et que l'externat de Saint-Louis est beaucoup trop éloigné. Trois ou quatre externats de ce genre rendraient bien plus de services, tout en contant moins cher, que le grand et unique hôpital des teigneux, dont la construction à l'hôpital Saint-Louis paraît maintenant décidée.

MAURICE LETULLE. — Études anatomo-pathologiques. — L'inflammation. 1 vol. in-8°, avec 22 figures dans le texte et 12 planches en chromo-lithographie hors texte. Paris, Masson, 1893.

L'anatomie pathologique des lésions inflammatoires, étudiée à l'aide des

procédés modernes, éclairée par la microbie et la chimie biologique, constitue une des questions les plus importantes de la pathologie moderne. En se basant à la fois sur l'étude critique des doctrines pathogéniques contemporaines et sur les nombreuses préparations histologiques utilisées par lui au cours de ses conférences pratiques à la Faculté, l'auteur expose l'état actuel de nos connaissances. Il s'efforce ensuite de résoudre quelques-uns des problèmes encore discutés. Les inflammations des membranes séreuses, leurs évolutions, les conséquences cliniques et thérapeutiques qui en découlent sont présentées avec soin.

Le pus et la suppuration, les inflammations chroniques des tissus, les scléroses, les dégénérescences, constituent une série de chapitres suffisamment détaillés, remplis de déductions pratiques aussi nécessaires à l'étudiant qu'au praticien.

Ce volume de 486 pages se termine par un chapitre de technique histologique pratique utile à consulter et par une série de 12 planches en couleurs destinées à montrer les lésions histologiques les plus importantes signalées au cours de l'ouvrage.

#### A.Mairet. — Aliénation mentale syphilitique. Leçons cliniques faites à Montpellier. In.-8°. Paris, Masson, 1893.

On s'est surtout contenté jusqu'à présent d'étudier les rapports qui peuvent exister entre la syphilis et la folie simple, entre la syphilis et la paralysie générale; on sait même combien cette dernière question a été et est encore discutée; mais n'y a-t-il pas lieu d'admettre aussi un autre mode d'action de la syphilis, une véritable aliénation syphilitique?

D'abord la syphilis peut-elle donner naissance à la folie simple? Sous le nom de folie simple syphilitique, il faudrait entendre une folie créée par la vérole agissant directement en tant que maladie virulente et non indirectement, par influence morale, par exemple, comme dans le cas de syphilophobie. Cette sorte de folie n'existe pas : ce que l'on peut observer, ce sont des troubles délirants qui accompagnent des localisations de la syphilis sur le cerveau, troubles qui au début et pendant un certain temps peuvent simuler la folie simple, mais auxquels s'associent d'autres troubles, paralytiques ou convulsifs, révélateurs d'une lésion organique du système nerveux central.

La syphilis peut-elle donner naissance à la paralysie générale? Question très discutée et controversée comme on sait; l'auteur passe tour à tour en revue les opinions émises et il conclut que la syphilis ne donne pas naissance à la paralysie générale proprement dite, mais qu'il est parfaitement légitime, comme l'a fait M. le professeur Fournier, de dire que la syphilis cérébrale peut revêtir le masque symptomatologique de la paralysie générale; toutefois il préfère au mot de pseudo-paralysie générale celui de paralysie généralisée syphilitique. Cette paralysie généralisée est pour M. Mairet l'aboutissant des diverses formes de l'aliénation mentale syphilitique. L'existence de cette aliénation se dégage des observations cliniques corroborées par l'anatomie pathologique; l'aliénation mentale est une aliénation par lésions organiques.

« Les faits démontrent que : 1º Toutes les lésions susceptibles d'être

produites par la syphilis, se localisant du côté du cerveau peuvent donner naissance à l'aliénation mentale ; 2º ces lésions sont des lésions circonscrites, localisées, à foyer unique ou à foyers multiples. Elles peuvent atteindre toutes les parties constitutives du cerveau, méninges, substance blanche, substance grise, et s'étendre à d'autres régions du système nerveux : cervelet, protubérance, nerfs crâniens, moelle, etc. ; 3º à côté des lésions de nature syphilitique, existent généralement des lésions secondaires d'ordre banal, vulgaire. Les symptômes qui relèvent de ces diverses lésions sont naturellement fort variés, troubles de la motilité et de la sensibilité, troubles de l'intelligence parmi lesquels le délire sous diverses formes ; leur aboutissant est la paralysie généralisée qui représente pour ainsi dire l'aliénation arrivée à son complet développement et mériterait par suite le nom de période d'état. Cette paralysie généralisée peut revêtir dans certains cas la physionomie de la paralysie générale; dans d'autres cas, elle s'en distingue d'une manière nette. Sa marche est fatalement progressive et se termine lorsque quelque accident ne vient pas interrompre son cours, soit par le marasme, soit par la cachexie. Le traitement spécifique peut-il quelque chose contre le développement de ces terribles accidents. Dans quelques cas il n'arrête rien du tout; dans d'autres, bien mené dès le début, il peut faire disparaître complètement les accidents, il peut, et c'est à cela qu'il aboutit le plus souvent, enrayer la marche, mais le malade reste dans un état d'infirmité mentale ou physique plus ou moins marqué. Le traitement que préconise M. Mairet est le traitement par le sublimé donné par voie pilulaire en des doses qui croissent jusqu'à 5 et 6 centigr. par jour, méthode qu'il dit préférer aux frictions : il préfère donner aussi l'iodure en même temps que de procéder de façon alternée. D'une lecture très facile et agréable, ces leçons seront appréciées certainement des élèves qui y trouveront très clairement présentée une bonne partie de l'histoire de la syphilis cérébrale. HENRI FEULARD.

#### O. COMMENGE. — Syphilis et prostitution chez les insoumises mineures, 1878-1887. In-8°. Paris, Masson, 1893.

L'auteur dont on connaît les recherches spéciales que nous avons déjà eu l'occasion d'analyser, a voulu rassembler dans un travail d'ensemble les documents qu'il a réunis et déjà publiés partiellement sur ce côté particulier de la prostitution parisienne, la prostitution des toutes jeunes filles. De ses statistiques portant sur une période de dix années, il tire cette conclusion déjà connue de ceux qui s'occupent de ces questions, mais qu'on ne saurait trop mettre en lumière, que ce sont les toutes jeunes filles se livrant à la prostitution et formant chaque année ces recrues volontaires par lesquelles s'augmente et s'entretient l'armée des prostituées, qui constituent le danger le plus grave pour la santé publique : c'est parmi elles que l'on rencontre le plus de malades. Il ne saurait guère en être autrement, à vrai dire, puisque, syphilisées dès leurs débuts (il est bien rare, en effet, d'après ce que nous avons pu voir nous-mêmes qu'une fille faisant réellement métier de prostituée ne devienne pas malade dans les dix-huit premiers mois) et devenues dans la suite filles en carte, elles

seront à l'abri de la contagion. On pourrait donc penser que si l'on avait le moyen d'empêcher ces jeunes filles de se prostituer de bonne heure, on ne ferait que reculer chez elle l'âge de début de la syphilis : cela aurait déjà son importance, parce que plus âgées, majeures, on pourrait sans scrupules les inscrire et les obliger à la visite sanitaire, qu'elles comprendraient mieux l'intérêt qu'elles ont à se soigner, qu'elles seraient aussi plus robustes et plus résistantes. Mais il y a lieu d'espérer aussi qu'arrivées à leur majorité, beaucoup hésiteraient à entrer dans cette triste carrière, où, plus jeunes et plus ignorantes, elles se trouvent entraînées sans qu'il leur soit possible plus tard, une fois prises dans l'engrenage, de se retirer et de se sauver. Protéger les mineures contre elles-mêmes et les entraînements qui les sollicitent est donc une tâche louable dont se sont déjà occupés et le Parlement et le Conseil municipal et que l'on ne saurait trop souhaiter de voir enfin couronnée de succès. Les facilités les plus grandes s'offrent en effet à Paris pour ces jeunes filles dont la plupart habitent encore et rentrent coucher dans leur famille, chez des parents qui les croient honnêtes, tandis qu'au lieu de passer la journée à l'atelier, elles ont trouvé asile dans ces innombrables garnis dont les portes leur sont toujours largement ouvertes. C'est la facilité de trouver ainsi un asile constamment ouverte la porte de tous les garnis qui est une des causes les plus graves de la prostitution clandestine des mineures parisiennes et c'est contre cette cause qu'il faut agir avec vigueur et ténacité. L'administration possède-t-elle le moyen de le faire; un projet de loi sur ce sujet avait été déposé devant la précédente Chambre qui a terminé son mandat sans examiner la question. Mais, en attendant, elle n'est pas pour cela désarmée et n'a qu'à suivre l'exemple de certains maires de la province qui ont pris bel et bien contre des situations semblables, des arrêtés dont l'exécution a été suivie de succès. Il suffit de faire de même à Paris en attendant qu'une loi enfin votée, aidée par les réformes déjà tentées par le Conseil municipal et notamment la création d'un asile pour les prostituées mineures, permette enfin de changer une situation détestable et qu'il n'est pas impossible d'améliorer. H. F.

#### NOUVELLES

Nous apprenons avec grand plaisir que MM. les professeurs M. Kaposi et J. Neumann, jusqu'alors seulement professeurs extraordinaires de dermatologie et de syphiligraphie à l'Université de Vienne, viennent d'être nommés professeurs ordinaires. Cette nomination si méritée classe les deux cliniques de MM. Kaposi et Neumann au même rang que les autres cliniques obligatoires de l'Université et confère aux professeurs tous les droits universitaires. Nous félicitons nos excellents confrères et amis de ce beau succès et nous espérons que les autres titulaires des chaires de dermato-syphiligraphie de l'Autriche-Hongrie pourront bientôt à leur tour bénéficier des mêmes avantages.

Le Gérant : G Masson.

IMPRIMERIE LEMALE ET Cie, HAVRE

#### TRAVAUX ORIGINAUX

#### DE LA NATURE DES XANTHOMES

AVEC QUELQUES REMARQUES CRITIQUES SUR LA NOTION DES TUMEURS

Par le Dr Louis Török (de Budapest).

(Suite) (1).

#### 3º LE XANTHOME DES GLYCOSURIQUES

Le xanthome des glycosuriques (Besnier) nous paraît être une affection distincte qui n'a pas de relation avec le xanthome vulgaire. Ce dernier est un procès à évolution souvent précoce, même congénitale, toujours lente, dépourvu de tous symptômes irritatifs; dans les quelques cas où on a noté de la sensibilité, c'était de la douleur après pression et que Hillairet a très justement comparée avec les douleurs que les neuro-fibromes, les nœuds douloureux font surgir. Les lésions du xanthome vulgaire sont stationnaires; sur 68 cas multiples que j'ai recueillis, et nombre de xanthomes localisés, on n'a observé qu'une fois une rétrocession et deux fois la disparition lente des lésions, et encore c'est une fois seulement que la rétrocession a été vérifiée par l'observateur lui-même. Elles sont toujours jaunes, dépourvues d'une aréole rouge irritative (dans le cas 1er de Addison et dans celui de Chauffard, on a observé une autre couleur des lésions ou une aréole; mais celui de Addison est douteux et celui de Chauffard n'est pas encore jugé dans tous ses détails); elles ont des localisations toutes spéciales à leurs formes : c'est ainsi que la forme maculeuse a de la prédilection pour les paupières, la figure, les plis de flexion, la paume et la plante, pendant que la forme papuleuse choisit les surfaces d'extension, et que les tumeurs ont pour points de départ les tendons, les capsules articulaires. Le xanthome vulgaire a, en outre, des localisations dans des organes internes. Enfin, son apparition est indépendante d'autres anomalies de l'organisme entier ou des organes.

Or qu'est-ce que nous voyons chez le xanthome des glycosuriques? A l'exception d'un cas de Barlow, qui pour moi est douteux, parce qu'il diffère trop de toutes les autres observations, il nous montre les caractères qui vont suivre.

Il affecte toujours des individus ayant déjà outrepassé et généra-

(1) Voir page 1, 109.

ANN. DE DERMAT. - 3° 81°, T. IV.

1262 TOROK

lement depuis longtemps le jeune âge. C'est un procès à évolution soudaine et son éclosion est accompagnée très souvent de sensations diverses de cuisson, de picotement, de brûlure ; les lésions sont sensibles au toucher, et la paresthésie surgissant après le toucher persiste quelquefois plus ou moins longtemps. Les lésions sont transitoires: c'est un va-et-vient continuel des lésions qu'on a observé dans quelques cas; d'autres ont eu plusieurs éruptions qui ont rétrocédé l'une après l'autre; la rétrocession, qu'on a observée dans tous les cas, une fois commencée, va plus ou moins rapidement et finit par une disparition complète. Les lésions sont d'abord toujours rouges, plus tard nombre d'entre elles deviennent jaunes au centre et revêtent l'aspect de lésions suppuratives; elles sont quelquefois entourées par une aréole érythémateuse. Elles se sont exulcérées dans l'observation de Cavafy, et ont laissé des cicatrices après leur disparition dans le cas de Robinson. Elles affectent toujours la forme papuleuse, rarement tubéreuse, avec localisations ubiquitaires, mais pourtant avec de la prédilection pour les côtés d'extension; on n'a jamais observé de localisations internes; de même elles respectent certains lieux de prédilection du xanthome vulgaire (les paumes des mains, plantes des pieds, plis de flexion, etc.). Elles sont souvent périfolliculaires et apparaissent au cours du diabète sucré.

Au point de vue clinique, on est donc en droit de soupçonner un procès irritatif quelconque. Et cela est justifié par l'examen microscopique. Je n'ai pas eu l'occasion d'étudier d'une manière complète les lésions histologiques du xanthome des glycosuriques. Les quelques préparations que je dois à l'obligeance d'un collègue anglais dont je n'ai pas pu retenir le nom, ne me permettent pas un jugement définitif. J'y reviendrai encore plus bas. Je dois donc m'appuyer principalement sur les recherches très minutieuses de Robinson qui, d'après mon avis, parlent plutôt en faveur d'une séparation absolue du xanthome diabétique du xanthome vulgaire, que pour l'avis de l'auteur excellent selon lequel ces deux procès seraient identiques de nature et différeraient seulement par le degré de l'irritation (1).

Robinson a trouvé les vaisseaux papillaires dilatés, leur endothélium gonflé et une infiltration périvasculaire. Vers le milieu du derme on aperçoit une infiltration cellulaire diffuse. Celle-ci est composée à la périphérie par des cellules rondes, lymphoïdes et fusiformes et entourée par des vaisseaux dilatés avec infiltration périvasculaire. En marchant vers le centre de l'infiltration, on rencontre des cellules épithéloïdes à noyau distinct et protoplasma granuleux. Au centre de la lésion, dans le voisinage immédiat du follicule pileux, se trouve

<sup>(1)</sup> Le savant dermatologue américain est d'ailleurs partisan de l'étiologie différente des deux variétés de xanthome dont nous parlons en ce moment,

une zone très riche en cellules, dont le centre était occupé par du « tissu dégénéré sans forme ou structure distincte ». Ce tissu était plus transparent que le tissu avoisinant, ne se colorait point et avait l'air d'être du tissu en dégénération graisseuse. En dehors de cette aréole centrale, il y avait des cellules grandes, à contours nets, à noyau bien coloré, « d'aspect granulo-graisseux » ; elles étaient analogues aux cellules « connues sous le nom de cellules xanthomateuses ». Entre l'aréole dégénérée centrale et la couche des cellules xanthomateuses, se trouvaient une foule de cellules simili-xanthomateuses indistinctes ou des noyaux simples. En dehors de l'area décrite ci-dessus, on voit des cellules lymphoïdes et fusiformes, des vaisseaux dilatés et de l'infiltration périvasculaire. Robinson a constaté ces foyers dans des papules de la grosseur d'une tête d'épingle. Dans les tubercules il a vu des altérations identiques. Au centre du tissu désintégré on ne voit qu'une masse sans forme, granuleuse, entre-croisée çà et là par quelques fibres élastiques. Ces foyers se forment par la désintégration des cellules similixanthomateuses et des autres éléments. Robinson ajoute encore que l'infiltration avec des cellules rondes est un caractère proéminent

Dans les préparations que j'ai eues à ma disposition, j'ai constaté la dilatation des vaisseaux, un œdème d'intensité moyenne, une infiltration à cellules rondes, et dans les coupes osmiquées la présence de graisse en forme de gouttes de différentes grandeurs, confluentes au centre de la lésion dans une masse homogène noire. La graisse n'était pas contenue seulement dans des cellules, elle paraissait occuper la place des cellules et aussi des fibres connectives, de sorte qu'il m'a fallu conclure à une dégénérescence de toute la partie centrale.

Ce sont cependant seulement les recherches minutieuses de Robinson qui ont de la valeur pour la solution de la question qui nous occupe. Ce que j'ai pu constater a seulement l'intérêt de confirmer les faits trouvés par le savant dermatologue américain.

Or, la description qu'il nous a donnée diffère dans tous les points de ce que nous trouvons dans le xanthome vulgaire. Chez celui-ci, nous avons vu une série de transition partant de la cellule connective du derme et arrivant à la cellule xanthomatique, c'est-à-dire à une cellule à un ou plusieurs noyaux, à protoplasma rempli de fines goutte-lettes de graisse; nous avons pu conclure de certains faits à la prolifération des cellules; dans certaines formes, nous avons pu constater en outre une hyperplasie du tissu fibreux. C'était tout. Excepté le seul fait de Vincentiis, où il s'est formé — probablement en conséquence d'un traumatisme — un kyste au centre d'une tumeur xanthomatique par décomposition des cellules xanthomatiques, on n'a jamais vu de dégénérescence vraie dans les xanthomes. La persistance des

noyaux, de la forme des cellules, la prolifération même des noyaux, qu'on peut constater malgré la longue durée du procès, parle d'une manière probante contre la dégénérescence et a été la cause que Waldeyer et Virchow ont rejeté depuis longtemps cette supposition. La ressemblance du tissu xanthomateux avec le tissu adipeux en voie de formation est venue confirmer cette manière de voir.

Dans le xanthome des glycosuriques, nous voyons cliniquement et histologiquement un procès irritatif aboutissant à de la dégénération. Faut-il répéter ici les caractères cliniques qui parlent dans ce sens : la rougeur des lésions au début, leur évolution soudaine, les symptômes subjectifs qu'elles évoquent, la transformation de leur centre. le fait qu'on les a vues s'exulcérer ou produire des cicatrices, leur disparition en peu de temps. Histologiquement, Robinson a constaté des lésions irritatives qu'on est habitué d'appeler inflammatoires : des vaisseaux dilatés, une infiltration périvasculaire aux bords, diffuse vers les parties plus centrales, à cellules rondes, lymphoïdes, une prolifération des cellules fixes, des cellules fusiformes et épithéloïdes. Vers le centre de la lésion, les cellules et les fibres connectives subissent une dégénération granulo-graisseuse qui aboutit à une décomposition complète de tout le tissu. C'est ainsi que se forme la zone de transition entre la couche des cellules simili-xanthomateuses et le centre granuleux incolore, une zone qui ne contient que des cellules indistinctes et des noyaux. Il faut ajouter que la graisse du xanthome des diabétiques diffère beaucoup, d'après mon expérience, de celle qui est contenue dans le xanthome vulgaire. Ce ne sont pas les gouttelettes fines qui remplissent les cellules xanthomatiques qu'on rencontre ici; la graisse forme des gouttes plus grandes qui en confluant se transforment en véritables flaques vers le centre de la lésion.

En résumé, les lésions du xanthome des glycosuriques sont causées localement par un procès irritatif se terminant par une dégénération granulo-graisseuse. Quelle en est la relation avec la glycosurie, l'altération de la nutrition des tissus, qui va bras à bras avec la glycosurie; n'est-elle qu'une condition prédisposante pour une cause pathogène extérieure ou venant de l'intérieur, etc. ? Nous ne pourrions pas le décider au moment où nous sommes (1).

Quant à l'observation de Barlow, elle diffère trop des autres cas de xanthomes des glycosuriques pour être rangée brevi manu parmi ces derniers. C'est par l'observation de cas analogues, et par leur étude approfondie, qu'on pourra décider définitivement ses relations avec ces procès. Avec les connaissances que j'ai et avec les faits qui sont à ma disposition, je dois laisser en suspens cette question.

<sup>(1)</sup> Rien n'exclut la possibibilité que, par hasard, un xanthome vulgaire typique se développe chez un sujet glycosurique. Selon tout ce que nous avons dit, cela serait alors une simple coïncidence.

Je suis forcé de procéder de la même manière vis-à-vis d'un cas de Rigal, qui a été publié en 1881, dans les Annales de Derm. et de Syph., p. 491. Il s'agit d'un homme chez qui des œdèmes, des rougeurs douloureuses, et finalement de l'anasarque se développaient dans un court laps de temps, et chez qui des infiltrations d'étendue assez considérable, plates et dures, de caractère transitoire, venant et disparaissant assez vite, surgirent. Toutes ces altérations étant passées, le malade mourut subitement, en conséquence d'un œdème de la glotte. Microscopiquement, on a constaté une hypertrophie des fibres connectives (peut-être s'agissait-il seulement d'un gonflement par l'œdème) et une dégénération et décomposition graisseuse des cellules rondes et des fibres connectives. Je ne peux nullement admettre ce cas comme un xanthome vulgaire.

D'après tout ce qui a été dit, ces procès, ainsi que le xanthome des glycosuriques, ne méritent pas le nom de xanthome. Il serait encore préférable d'appeler le xanthome des glycosuriques, d'après Sangster et Crocker (Transactions of the path. society, 1883, t. XXXIV, Report upon Malcolm Morris's case of so called xanthoma, etc.), lichendiabeticus ou lichen des glycosuriques. Mais comme le mot « lichen » gagne de plus en plus une signification nosologique et nosographique toute spéciale, il faut détourner la vue de ce nom aussi. On pourrait peut-être se contenter pour le moment du nom descriptif « d'éruption papuleuse à dégénération graisseuse des glycosuriques ».

Observation personnelle. — Un cas de xanthome juvénile avec hypertrophie du foie et ictère.

J. F..., âgé de 15 ans, a joui d'une santé parfaite jusqu'à il y a un an. Il n'a jamais eu la sièvre. Ses parents, un frère aîné et une sœur cadette que j'ai eu également l'occasion d'observer, sont sains et notamment ils ne montrent pas d'anomalies de la peau comparables à celle de notre malade. Pas de syphilis, pas d'impaludisme dans la famille. Un frère cadet est atteint de jaunisse. J. F... est tombé malade il y a un an ; c'est à cette période qu'il a été atteint de jaunisse, son ventre s'est gonssé. Six mois plus tard les lésions qu'on peut constater actuellement ont apparu.

Notre malade est mal développé, trop petit et trop faible pour son âge; on ne lui donnerait pas plus de 9 ou 10 ans. Son intelligence est également faible. Il est blond; sa peau est légèrement jaune, d'un jaune sale, terreux, pâle; la muqueuse conjonctivale est également un peu jaunâtre.

Le ventre est gonflé, sa peau et celle de la poitrine montrent des veines dilatées (caput medusæ).

Sur la peau, on voit des lésions généralisées dont voici la description : une tache jaune, couleur beurre frais, plane, à surface lisse, de l'étendue d'un demi-pois et de forme irrégulière près de l'angle interne des paupières du côté gauche ; la nuque est criblée par des petites taches élevées miliaires, des simili-papules de couleur de café au lait clair, dont nombre

1266 TOROK

sont traversées par le poil, qui s'unissent vers les parties latérales de la nuque et du cou pour former des plaques finement granuleuses de l'étendue d'une pièce de trois francs. Au-dessous de la plaque gauche, une papule jaune miliaire, isolée. A la surface antérieure du muscle pectoral formant les parois antérieures du creux axillaire, des simili-papules peu élevées de la grandeur d'une pointe, d'une tête d'épingle, très molles, disposées en deux rubans irréguliers, verticales au bord du muscle et qui se réunissent au côté externe de l'aisselle gauche en une plaque couleur beurre frais, finement granuleuse, veloutée, de l'étendue d'une pièce de deux francs.

Sur la surface interne de la paroi postérieure des aisselles, trois rubans semblables mais moins nets. En dehors de ces rubans, quelques papules plates, très peu saillantes, isolées, de la grandeur d'une tête d'épingle, d'un pois. Quelques petites taches plates ou peu élevées, miliaires, dont quelques-unes périfolliculaires, disséminées çà et là sur la poitrine et le ventre. Une tache jaune, ovale, de l'étendue d'un demi-kreutzer,

à surface finement hérissée près de la spina ossis ilei gauche.

Quelques centimètres au-dessus, une tache pigmentée de la même forme et de la même étendue. A la surface d'extension des bras et avant-bras, des papules saillantes, de consistance un peu plus élevée, de la grandeur d'une tête d'épingle à celle d'un petit pois et même lenticulaires. Vers les coudes, elles se pressent les unes contre les autres et forment sur les pointes des coudes des plaques saillantes à surfaces irrégulières, bosselées, mais pas très dures au toucher. Le groupe de papules du coude droit se continue vers l'avant-bras dans une aréole étroite presque pas élevée, de couleur jaune. Dans la partie externe du pli du coude, on remarque une décoloration couleur de beurre, de forme irrégulière. La peau y est très peu élevée et finement hérissée. Quelques rubans jaunes, qui sont plus nettement développés au côté droit, en forment des allongements vers le bras et l'avant-bras. Des petites pointes et taches miliaires dans le voisinage. Au dos des poignets quelques papules jaunes, qui sont plus grandes (petits pois) sur le côté gauche. Sur ce côté, vers la surface radiale, quelques taches jaunes plates. La surface de flexion des poignets et des doigts, les paumes des mains et les surfaces latérales des doigts sont presque uniformément jaunes.

Au niveau des poignets, la surface de la peau est un peu hérissée, elle est lisse dans les paumes et aux doigts. Dans la paume de la main droite, la coloration jaune n'est pas aussi diffuse et l'on peut observer ici son apparition dans le voisinage des plis de flexion. Des petites taches jaunes sur le dos des phalangettes, à l'exception des pouces et de l'index gauche. Les ongles

sont normaux.

Aux fesses, nombre de papules de la dimension d'une tête d'épingle, lenticulaires, et de plus en plus serrées les unes contre les autres vers le centre de la région où elles forment une plaque saillante, à surface irrégulière, verruqueuse, laissant entrevoir la formation par la coalescence des papules. Ces papules sont jaune clair, nettement circonscrites, assez saillantes, molles. Par la réunion de deux ou trois, il se forme des papules lobulées. Des papules analogues à la surface externe de la partie supérieure des cuisses. Dans la rainure interfessière, un ruban jaune, plat, finement plissé, partant en arrière de l'anus et allant jusqu'à la fin de la

rainure. A la surface externe de la partie inférieure des cuisses et dans les creux poplités quelques taches, et papules jaunes. Plaques jaune sidentiques d'aspect à celles des coudes sur les deux régions throchléaires. Quelques taches irrégulières dans la région des chevilles, une plaque formée par la coalescence de petites papules sur les tendons d'Achille. Audessus de l'articulation des orteils avec les os métatarsiens et au-dessus des premières articulations des doigts du pied, des taches jaunes, rondes, de la dimension d'un pois ou de celle d'une pièce d'un centime. Coloration jaune du pli tarsal et des plis interdigitaux des pieds.

Coloration jaune de la muqueuse au niveau des commissures des lèvres et de la muqueuse gingivale au niveau des dents incisives supérieures.

Le foie est considérablement hypertrophié. Sa surface est un peu irrégulière, son bordémoussé. Il offre une consistance dure au toucher et n'est pas sensible. Il s'étend dans la ligne axillaire médiane presque jusqu'au niveau de la crista ossis ilei droite, dans la ligne mammaire à quatre travers de doigt de largeur au-dessus du nombril et finit sous les côtes du côté gauche.

La rate est également hypertrophiée; elle s'étend jusqu'à la crista ossis ilei gauche, du côté médian jusqu'à la ligne mammaire gauche; sa surface est lisse, elle est de consistance dure et pas douloureuse. Pas de changement pathologique dans les poumons et dans le cœur. Les urines, de couleur plus foncée, ne contiennent pas de matières colorantes de la bile. Pas de fièvre.

Le frère cadet de notre malade est âgé de 10 ans; il est atteint de jaunisse et a le ventre gonflé depuis deux ans. Il n'a jamais eu de fièvre et a joui d'une santé parfaite pendant les huit premières années de sa vie. Il a la peau et les sclérotiques jaunes, mais actuellement pasde matières biliaires dans les urines. Pas de lésions xanthomatiques à sa peau. Foie hypertrophié, dépasse de deux travers de doigt de largeur les côtes. La rate hypertrophiée s'étend jusqu'à la ligne médiane et jusqu'au niveau du nombril. Pas d'hydropisie. Température 37.6.

Le frère aîné âgé de 18 ans, ainsi que la sœur cadette âgée de 3 ans, jouissent d'une santé parfaite.

					Table du	rant nome	des gly
NOM DE L'AUTEUR			FEXE, AGE	DÉBUT	FOIE, RATE ICTÈRE DIABÈTE	AUTRES ANOMALIES	COULEUM CONSISTAN STMPTON SUBJECTI
1. Addison et Gull.	1851	Guy's hosp. Reports, 1851. 2* série, vol. VII, p. 265. — New Sydenh. society's, vol. 1868, p. 265.	Homme, 27 ans.	11-12 mois après le dé- but du dia- bète sucré. Aspect liché- noïde au début.	Diabète depuis 6 mois environ. Gr. sp. 1042 — 1050.		Quelque mes des pules de c eur peau i naled'abo puis a irri tées » et centre ja nâtre sin ant la sup ration av les taches
				,			Degré modér d'irritati beaucoup apules m trent de
2. Bristowe	1866	Transactions of the path. Society, 1866, vol. XVII, p. 417.	Homme, 43 ans.	Il y a 4 ans sur les coudes.	Diabète datant pro- bablement d'un an. Gr, sp. 1040.	-	signes of grattag Rouge p Beaucoup papules po vues d'u entre ja reasembli à du pu Dure. Sei son dou reuse et brûlure
3. Morris	1883	Transactions of the path. society of London, 1883, vol. XXXIV, p. 278.	Homme, 48 ans.	Il y a 2 ans aux cuisses et aux bras (surface ex- terne).	Diabète, Gr. sp. 1030	Sciatique d côté gauch Emphysème	grande

# ome des glycosuriques.

228	COULEUR CONSISTANCE SUMPTOMES SUBJECTIPS	LOCALISATION	COURS	REMARQUES
	Quelques- mes des pa- pules de cou- eur peau nor- maled 'abord, puis a irri- tées » et à centre jau- natla suppu- nation avec les taches de rose foncé. Degré modéré d'irritation, peaucoup des apules mon- trent des signes de grattage.	álasurface externe et pos- térieure des avant-bras et aux coudes, aux genoux où elles sont confluentes, disséminées sur le côté de flexion des extrémités, absentes dans les creux des grandes jointures. Elles sont présentes sur le tronc, la figure et le	Apparition soudaine aux bras, en dix jours les autres régions atteintes sont envahies. Après un moisquelques-unesdeslésions commencent à disparaitre. Le malade quitta l'hôpital et ne fut plus observé.	
a de la companya de l	Rouge pâle. Beaucoup de aspules pour vues d'un entre jaune ressemblant à du pus. Dure. Sensa- ion doulou- reuse et de brûlure.	tes. Les lésions sont beaucoup plus nombreu- ses sur le côté droit. Paumes des mains excepté leur centre, dos de la main droite, articulations des doigts, surtout les	cutanées se produisit.	Sur le dos du pied il y a certains points près des lésions qui ressemblent à des cicatrices, maisqui sont pourtant formés par la coalescence de papules.
iche		Papules isolées et confluen- tes. Les petites : à la surface externe des bras, avant-bras, surface anté- rieure des avant-bras, surface postérieure des cuisses, fesses, épaules ; quelques-unes à la surface antérieure du tronc et entre les doigts, la langue, muqueuse buccale.	papules au cours de 4 à 5 mois.	

NOM DE L'AUTEUR			SEXE, AGE	DÉBUT	FOIE, RATE ICTÈRE DIABÈTE	AUTRES	COULE CONSISTA STMPTO: SUBJECT
4. BARLOW	1888	British journ. of dermatology, 1888-89, vol. I, p. 3.	Homme, 26 ans.	Il y a 2 ans.	Diabète constaté il y 1 an 1/2 environ. Gr. sp. 1028.		Couleur peau n male. Pa symptôr subject Disqu solides derme. I de peti papule
5. CAVAFY	1888	Brit. journ. of dermatol. 1888-89, vol. I, p. 76.	Homme, 45 ans.	postérieure	Diabète (?) il y a 7 ans, Actuelle- ment pas de sucre dans l'urine.	Néphrite Hydrop, anasarque	orange
6. Besnier	1389	Annales?de Derm. et Syph., 1889, p. 435.	Homme, 42 ans.	Il y a 6 ans aux mains, poignets, faces pal- maires.	Il était pro- bablement glycosurique eu temps des lésions cuta- nées. 72/1000 — 78/1000.		Jaune r geätre, se tion de Jure sur lésions. nomènes loureux r tiples le souvent turnes

TRES MALIES	COULEUR CONSISTANCE STRICTOMES SUBJECTIFS  LOCALISATION		COURS	REMARQUES	
	Couleur de peau nor- male. Pas de symptômes subjectifs. Disques solides du derme. Point de petites papules.	Dans la peau de l'abdomen, surface antérieure et laté- rale du thorax, dos.	Le malade prétend que plusieurs de ces tuber- cules dermiques ont dis- paru après avoir resté un laps de temps différent.	B. prétend que son cas fut dans une période plus stationnaire et que c'était pour cette raison qu'il fut moins « vascu- larisé ».	
phrite ydrop, sarque	Jaune orange au centre, rouge fonce h la périphérie avec un halo rouge. Les lésions sont prurigi- neuses dès leur appari- tion, puis elles de- viennent dou- loureuses.	Papules confluentes. Dos des mains, surface postérieure des poignets, des avant-bras et des coudes. Papules isolées, disséminées sur les bras et avantbras. Plaque aux genoux. Plaque et papules dans la région du tendon d'Achille droit et sur l'orteil et second doigt des pieds.	Les papules vont et vien- nent; ellescroissent, dimi- nuent et disparaissent, quelques-unes après s'être « exulcérées ».	Le malade prétend que le médecin qu'il avait con- sulté il y a sept ans aurait prononcé le mot « diabète ».	
	Jaune rou- geâtre, sensa- tion de brû- lure sur les lésions. Phé- nomènes dou- loureux mul- tiples le plus souvent noc- turnes.	Éruption généralisée d'é- léments composites ou ponctués. Sommet des coudes (agglomérats), ré- gion du cubitus, dos du poignet, face antérieure du bras et avant-bras. Rares éléments à la nu- que, groupe en arrière des aisselles. Rares élé- ments respectant les plis aux paumes. Aggloméra aux genoux. Cuisses, ré- gion lombaire et fessière, plis fessiers. Quelques élé- ments dans les creux po- plités et sur le dos des pieds.	Pendant 5 ans l'éruption débute vers le mois de juillet, continue en pro- gressant et diminue jus- que vers le mois de no- vembre, où elle finit sans laisseraucune trace. Dans l'aunée de l'observation elle a incomplètement cessé et réapparu immé- diatement.		

NOM DE L'AUTEUR		SEXE, AGE	DÉBUT	FOIE, RATE ICTÈRE DIABÈTE	AUTRES
7. ROBINSON 189	1 Monatshefte f. prat. Der- matologis, 1891, T. XII,	Homme 31 ans.	Janvier 1883 aux fesses et à la région lombaire.	5 0/0 — 2,5 0/0 sucre dans l'urine.	-10 10

Aux observations relatées nous devons encore ajouter un cas typique c'est-à-dire transitoire et avec des symptòmes irritatifs à localisations typiques que Colcott Fox a montré à la société de Dermatologie de Londres, puis deux cas également transitoires, dont l'un a été rapporté verbalement à Chambard par Hillairet (v. Besnier et Doyon (l. c., p. 329), l'autre a été signalé à Chambard par Aubert; enfin un cas également transitoire et irritatif à localisations typiques a été publié par Crocker dans le British Journal of Dermatology, 1892. — Une observation de Hillairet

CONSISTAN SYMPTOMI

papules rouges ap pression centre ja nâtre. L plus gran

pentre jau
périphér
rouge. Du
sensation
brûlure :
toucher c
persiste
pendan
plusieun
heures. I
papules
centre ja
ressemble
à des lési
suppura
tives.

18	COULEUR CONSISTANCE STMPTOMES SUBJECTIFS	LOCALISATION	cours	REMARQUES
	Les petites papules rouges après pression ceatre jaune, périphérie rouge. Dure senation de brilure au toucher qui persiste pendant plusieurs heures. Les papules à centre jaune ressemblent à des lésions suppuratives.	Des centaines de papules aux fesses, régions lombaires, surface d'extension des bras, s. antérieure des cuisses, mollets (plaques aux coudes), papules disséminées sur tout le tronc et les extrémités. Cuir chevelu, muqueuse buccale, pénis indemnes.	Développement complet de l'éruption au cours de 4 mois. Après un traitement anti-diabétique de 3 semaines les lésions disparaissent. Réapparition de l'éruption après cessation du traitement en fév. 1890. Disparition. En juillet pas de lésions plas. Lieu antérieur des lésions accusé par un tissu cicatriciel et hypertrophique.	

relatée par Gendre a été classée à tort parmi les xanthomes des glycosuriques. Ni l'aspect des lésions, ni le cours de l'affection ne correspondent à cette anomalie. Je l'ai rangée parmi les xanthomes disséminés. L'observation de Hardaway, citée par Doyon et Besnier (l. c.) parmi les xanthomes des glycosuriques, appartient pour les mêmes raisons au xanthome disséminé. Il faut noter encore trois cas de xanthomes des glycosuriques que Besnier a observés, mais dont il n'a pas publié l'histoire.

### SOCIÉTÉ FRANÇAISE DE DERMATOLOGIE ET DE SYPHILIGRAPHIE

#### SÉANCE DU 14 DÉCEMBRE 1893

PRÉSIDENCE DE M. E. BESNIER

SOMMAIRE: Correspondance. — Sur un vice radical de notre classification dermatologique et la théorie des faits de passage, par M. H. HALLOPEAU. - Note sur deux cas de mycosis fongoïde, par MM. CH.-E. QUINQUAUD et LEREDDE. -- Sur un cas de dermite bulleuse du bras survenue sous l'influence d'un vésicatoire permanent, par M. H. HALLOPEAU. - Sur une production gommeuse à la périphérie d'une cicatrice chancreuse du menton simulant une récidive, par M. H HALLOPEAU. - Sur un lichen de Wilson simulant par places un pityriasis rubra pilaire, par M. H. HALLOPEAU. - Des névro-dermites, névroses cutanées à réactions urticariennes, eczématiformes et lichéniennes, par M. Louis Wickmann. (Discussion: MM. FOURNIER, BROCQ.) - Chancre axillaire de nature syphilitique, par M. A FOURNIER. - Syphilis ou dermato-neurose syphiloïde, par M. JAC-QUET. (Discussion: MM. DU CASTEL, FOURNIER, BESNIER, JULIEN, MOTY.) -Varices lymphatiques sur la muqueuse buccale, par MM. TENNESON et DARIER. (Discussion: MM. FOURNIER, DU CASTEL, E. BESNIER.) - Albuminurie syphilitique et chancrede l'abdomen, par PAUL GASTOU, (Discussion : MM. FOURNIER. Brocq.) - Syphilide papuleuse de la conjonctive, par M. Terson, - Pelade et vitiligo, par M. H. FEULARD. - Du chancre oculaire et de son diagnostic avec les ulcères gommeux syphilitiques, par le D' GALEZOWSKI. (Discussion : MM. FOUR-NIER, BARTHÉLEMY, SOUPLET, BAUDOUIN.) - Lupus et grossesse à propos d'un cas de lupus récidivant au cours de treize grossesses, par MM. P. BAR et G. THIBIERGE. - Élection.

La correspondance manuscrite comprend : une lettre de M. Victor Augagneur qui informe la Société que la proposition de se réunir à Lyon les 2, 3 et 4 août 1894 est acceptée.

La correspondance imprimée comprend les ouvrages suivants :

Broco et Jacquet, deux volumes de la collection Léauté, ayant pour titre: 1º Pathologie générale cutanée; 2º Maladies de la peau en particulier.

Zambaco-pacha: tirages à part des travaux suivants: 1º La lèpre, conférence faite à l'hôpital de la Charité (Extrait des Annales de médecine scientifique, nºº 23, 24, 25, 1893); 2º Instruction d'une observation communiquée à la Société impériale de médecine de Constantinople sous la rubrique de « Lèpre transmise par contagion ». (Extrait de la Gazette médic, d'Orient, 30 avril 1892.)

#### Sur un vice radical de notre classification dermatologique et la théorie des faits de passage.

#### Par M, H, HALLOPEAU.

M. Brocq a excellemment, dans sa dernière communication, mis en relief les difficultés qui s'opposent actuellement à l'établissement d'une bonne classification des dermatoses. Il est de toute évidence que, pour classer des faits, il faut en connaître la nature : or nous ignorons encore quelle est la cause prochaine de beaucoup de ces états morbides. D'autre part, nos prédécesseurs nous ont laissé une nomenclature qui présente un vice radical : on y trouve rangés sur le même plan, d'un côté de véritables maladies, de cause unique et propre, telles que les infections végétales et animales; de l'autre, des états morbides, tels que les eczémas, les urticaires et les prurigos, qui peuvent se développer sous l'influence des causes les plus diverses et dont on ne connaît que le processus et les manifestations symptomatiques; ce sont ces derniers que Bazin appelait affections: leur distinction d'avec les maladies constituait la base de sa doctrine médicale; nous sommes heureux de voir qu'elle est acceptée, sinon dans les termes, du moins dans les faits, par M. Brocq, comme elle l'a été par M. Besnier et par nous-même.

On a réussi, il est vrai, dans ces derniers temps, à déterminer l'existence d'un certain nombre de types morbides que leurs caractères cliniques et leur évolution permettent de considérer comme de véritables maladies, bien que leur cause prochaine demeure inconnue; tels sont le lichen de Wilson, le pityriasis rubra pilaire de Devergie-Besnier, le pityriasis rosé de Gibert, le prurigo de Hebra et plusieurs autres encore. Ils sont nettement définis et purs de toute association; c'est en vain qu'entre eux comme entre les infections l'on chercherait des faits de passage : de même qu'il n'existe pas, par exemple, d'hybrides entre la syphilis, la morve, la lèpre et la tuberculose et que, si l'on parle d'un scrofulate de vérole, c'est seulement pour dire que la diathèse scrofuleuse offre un terrain où les manifestations de la syphilis peuvent prendre une forme particulière, de même nous n'admettons pas d'hybrides entre le pityriasis rosé de Gibert et l'eczéma séborrhéique, non plus qu'entre le pityriasis rubra pilaire et le lichen de Wilson, quelles que soient les analogies que, dans certains cas, ces maladies présentent les unes avec les autres; ces ressemblances prouvent seulement que la peau peut réagir d'une manière très analogue sous l'influence de causes diverses et qu'il ne faut attacher aux caractères des lésions élémentaires qu'une importance secondaire.

Mais ce que nous venons de dire de ces maladies de la peau est-il vrai pour toutes les autres?

Leur cause est-elle toujours nettement différenciée et forme-t-elle toujours espèce? N'existe-t-il pas des causes qui sont susceptibles de varier notablement d'un sujet à l'autre, et, chez le même sujet, à diverses périodes de son existence? Tommasoli l'a admis récemment pour les parakératoses; nous avons, pour notre part, tendance à croire qu'il en est de même pour les dermatoses que M. Brocq a classées autour de sa dermatite herpétiforme: nous ne pouvons nous expliquer autrement ces faits de passage qu'a signalés M. Brocq et que nous avons eu nous-mêmes souvent l'occasion d'observer; si les manifestations varient, c'est que la cause prochaine des accidents ou le mode de réaction du sujet varient eux-mêmes.

L'hypothèse qui rattache la production de ces dermatoses à l'action d'auto-toxines peut, mieux que toute autre, rendre compte de ces faits. Telle est l'instabilité de ces composés chimiques que l'on conçoit aisément qu'ils puissent se modifier chez un même sujet et donner lieu à des manifestations symptomatiques différentes; de même, des produits voisins peuvent se développer chez divers sujets et engendrer des affections qui ont des traits communs tout en différant à d'autres égards, et l'on conçoit que l'on arrive ainsi à trouver tous les intermédiaires entre des maladies qui paraissent au premier abord de nature différente.

Déjà l'on peut noter des faits semblables si l'on étudie les éruptions provoquées par les agents de la chimie minérale, bien que ces derniers soient plus fixes que les composés organiques : il nous suffira de rappeler les analogies que présentent, dans leurs manifestations cutanées, l'iodisme et le bromisme, ainsi que les ressemblances cliniques des divers érythèmes médicamenteux.

Telle est l'interprétation la plus vraisemblable que peuvent, suivant nous, recevoir les faits de passage sur lesquels M. Brocq a attiré l'attention: nous formulons le vœu que les progrès de la chimie biologique viennent bientôt nous donner, à ce sujet, des indications précises.

#### Note sur deux cas de mycosis fongoïde.

Par MM, CH.-E. QUINQUAUD et LEREDDE.

Grâce aux travaux de Bazin, de Ranvier et Gillot, de Demange, de Vidal et Brocq. d'Ern. Besnier, de Kaposi, d'Hallopeau, Wickhamet Jeanselme, de Bruchet, de Siredey, de Darier, de L. Philippson, de Tenneson, etc., l'histoire clinique du mycosis est presque complète. Toutefois, plusieurs questions ne sont pas encore élucidées, puisque certains pathologistes font rentrer cette affection dans les

sarcomes ou dans les granulomes. Il est donc important d'étudier avec soin tous les cas pour essayer de faire ressortir certains éléments de cette entité morbide ; c'est dans ce but que nous présentons à la Société ces deux malades atteints de mycosis fongoïde.

OBS. I. - Mycosis fongoïde. Lésions eczématiformes et exulcératives. Cicatrisation spontanée. Troubles de la santé générale coïncidant avec la dissémination, novembre 1893.

Le nommé P..., 35 ans, cocher, entre à la salle Cazenave, nº 50, le 3 août 1893.

Parents morts. - Mère tuberculeuse, père mort subitement, âgé.

Rien de particulier dans collatéraux.

Le malade n'a eu ni frères ni sœurs, pas marié, pas d'enfants.

N'a jamais été malade.

Depuis six ans, il travaille dans la céruse, et n'a présenté d'accidents qu'à la fin ; dans les huit derniers mois, il a eu quatre attaques de coliques de plomb, et est devenu faible, anémique. Ni tremblement, ni paralysie ; dyspepsie saturnine au moment des coliques.

Effrayé par des coliques, le malade a renoncé à son métier et est devenu cocher. Sa santé était tout à fait normale, quand un mois et demi après la dernière attaque de coliques est apparue la plaque initiale du mycosis.

Le début de l'affection remonte au mois de juillet 1892. Le malade, qui n'avait eu antérieurement d'autre maladie de peau que la gale, remarqua, à la partie postérieure de l'avant-bras gauche, près du coude, une « dartre » formée de croûtes sèches, recouvrant une tache rosée (PLAQUE INITIALE), de la même couleur que les plaques actuelles. Il n'y avait à cette époque aucun suintement. La dartre provoquait une légère démangeaison; le malade ne s'en occupa pas, ne la soigna pas; elle acquit les dimensions d'une pièce de cinq francs, puis au bout de six mois, sans traitement, elle diminua peu à peu et disparut sans laisser de traces.

Au mois de décembre parurent des plaques nombreuses sur les avantbras et les bras, puis sur la cuisse. Les plaques du tronc ne datent que de

juin 1893.

Quelques-unes des plaques primitives ont complètement disparu à l'heure actuelle, en laissant des traces plus ou moins profondes. Une cicatrice que l'on remarque à la paroi postérieure de l'avant-bras gauche, arrondie, non pigmentée, légèrement déprimée au-dessous de la peau voisine dont la sépare un mince bourrelet, répond à une tumeur saillante qui a duré plusieurs mois et s'est ulcérée au centre. D'autre plaques n'ont laissé qu'une légère pigmentation, avec alopécie, d'autres n'ont rien laissé du tout. Au reste, on peut, sur de nombreuses plaques en évolution actuelle, saisir la manière dont se fait la cicatrisation, et nous reviendrons sur ses détails.

Par contre, d'autres lésions ont eu une évolution plus longue et datent de la poussée qui s'est produite au mois de décembre dernier.

Quelle que soit la durée des plaques, un certain nombre à certains moments se sont accrues et ont formé des saillies considérables, depuis elles se sont affaissées en s'étalant. La consistance a beaucoup diminué. Presque toutes ont présenté à un moment donné des ulcérations partielles, pouvant atteindre le diamètre d'une pièce d'un franc et profondes d'un centimètre à un centimètre et demi, au dire du malade. Il n'y avait jamais plus d'une ulcération par plaque.

Ces ulcérations restaient à peu près indolores ; spontanément, elles donnaient une grande quantité de liquide jaunâtre puriforme, mais peu épais,

formant des croûtes jaunes sur les linges de pansement.

Il y a deux mois, en quelques jours, toutes ont disparu; avant leur guérison, le liquide se modifia et devint plus séreux, transparent.

Sans ulcération, quelques plaques donnaient un peu de liquide transparent, comme celui d'un suintement eczémateux.

Toutes provoquaient des démangeaisons, surtout la nuit, aussi intenses, dit le malade, qu'à l'époque où il avait la gale ; jamais d'autres douleurs.

Troubles de la santé générale. — Jusqu'à la maladie actuelle, le malade n'u présenté d'autres troubles de santé générale que ceux dus à son saturnisme. Au mois de juin 1892, il était en parfait état. Tant que la plaque initiale est restée isolée, il en a été de même ; mais en décembre, lors de l'éruption généralisée des membres, la santé s'est rapidement modifiée. Le malade a beaucoup maigri, ses forces ont diminué, l'appétit a disparu; et du mois de décembre au mois d'octobre 1893, il eut tous les jours, à n'importe quelle heure, des frissons avec sensation de froid. Il était altéré, devenait pâle.

Au mois de mai 1893, il est entré à la salle Cazenave, où on l'a traité par des applications de sublimé et d'oxyde de zinc. Il n'est resté qu'un mois et est rentré en août. A la fin d'octobre, les ulcérations se fermant, la santé générale s'est amendée, le malade a repris des forces, la fièvre a disparu, l'appétit est revenu. Poids, le 12 novembre, 65 kil. 1/2.

Urines. — 13, 1400 gr. L'addition d'acide nitrique détermine une coloration acajou qui paraît due à l'uro-hématine. Albumine 0, sucre 0.

État acuel. — Toutes les lésions cutanées peuvent rentrer dans une description commune, étant identiques les unes aux autres, sauf quelques différences résultant de leur âge. On peut distinguer 3 phases, une de début, une d'état et une de régression.

Phase de début. — Elle n'est pas représentée en ce moment sur le malade, toutes les lésions actuelles ayant au moins 2 mois. Mais sur les plaques en évolution, on remarque à la périphérie certains détails liés à leur accroissement, qui est général en ce moment, accompagné de l'affaissement du centre.

Par exemple sur une plaque située à la partie supéro-externe de la cuisse gauche, on observe des festons arrondis, voisins les uns des autres, descendant avec rapidité du côté de la peau saine, lentement, en pente douce vers le centre. Chacun de ces festons est formé de 3 ou 4 éléments, durs au toucher, enclavés dans le derme, et recouverts de croûtes minces et sèches, blanchâtres. L'infiltration que l'on perçoit au doigt dépasse les limites de la lésion épidermique.

Période d'état. — Les plaques de l'avant-bras gauche penvent servir de type; elles sont d'une forme peu régulière, limitées par des lignes à peu près droites, d'une saillie modérée. Leur couleur est rose, un peu violacée;

à leur surface, on remarque une exagération de tous les plis de la peau entre lesquels se détachent de petites squames sèches. Elles sont consécutives au suintement qui s'est fait à un moment donné à la surface d'un grand nombre de plaques, suintement généralement disparu aujourd'hui.

Au doigt, la consistance est ferme et assez profonde, la pression, même forte, ne détermine pas plus de douleur que ne fait la pression égale de

la peau saine.

Le soulèvement du derme et la desquamation ont leur maximum au centre des plaques. Sur les bords, au contraire, la saillie diminue, la desquamation également, ainsi que l'infiltration épidermique qui dépasse un peu la limite des plaques, se traduisant seulement par une teinte violacée, formant une auréole aux plaques.

Un certain nombre de plaques ont, au contraire, des bords plus arrondis et plus saillants; ce sont celles qui sont en voie d'accroissement, et qui

ont été décrites.

Phase de cicatrisation. - Lorsque la régression se fait, elle débute par le centre des plaques, il se produit une réparation de l'épiderme qui s'atrophie légèrement, l'induration devient plus ferme, puis disparaît. Le processus cicatriciel s'étend à la périphérie, de sorte qu'on trouve des plaques où le centre seul est cicatrisé, d'autres au centre affaissé et périphérie indurée avec bourrelet, d'autres atrophiées et affaissées sur toute leur étendue. L'induration disparaît totalement et alors il ne reste qu'une cicatrice de teinte violacée, souvent moins pigmentée au centre qu'à la périphérie.

Les éléments les plus superficiels laissent eux-mêmes une trace; c'est ainsi qu'une très petite plaque eczématiforme de la partie supérieure du bras gauche a laissé une pigmentation brune après quelques jours d'existence.

On trouve, sur la partie supérieure et antérieure de l'avant-bras gauche, une petite plaque desquamative tellement superficielle que la lésion paraît exclusivement épidermique. Au doigt, pas d'infiltration, la plaque a une teinte rosée, les plis cutanés y sont accentués et l'épiderme s'exfolie en lamelles minces que le grattage fait tomber.

Répartition des lésions. - Sur l'avant-bras gauche, sept ou huit plaques dont le diamètre varie de celui d'une pièce de deux francs à celui d'une pièce de cinq francs. Beaucoup sont en voie de cicatrisation, à divers stades d'induration, d'affaissement. A la partie postérieure de l'avantbras, cicatrices déjà anciennes, où toute infiltration a disparu.

Main tout à fait respectée. Sur le bras, deux plaques antérieures, deux postérieures, de petit diamètre, et une à la face interne, plus grande, peu

indurée.

La main droite est saine. Deux grandes plaques sur l'avant-bras. Le bras droit est sain, et on ne voit de plaque qu'à la région deltoïdienne, grande plaque irrégulière, formée de deux plus petites réunies.

Tronc. - En avant, on ne voit qu'une grande plaque de forme ovalaire située sur le mamelon, et ayant 8 à 10 centim. sur 5.

Sur le dos, une seule plaque entre l'omoplate droite et le rachis.

Membres inférieurs. - A la partie externe de la fesse gauche, un grand placard arrondi en voie de cicatrisation au centre, avec élément nouveaux à la périphérie. Plus bas, la partie moyenne et postérieure de la cuisse est occupée par des cicatrices coalescentes, arrondies, chacune dépigmentée au centre, violacée à la périphérie et encore indurée, et présentant encore des lésions de l'épiderme.

Jambe droite, plaques allongées à la face externe du mollet. A la jambe gauche, 2 cicatrices anciennes,

Pieds sains.

Rate normale.

Ganglions. - Les régions axillaires offrent des ganglions de petit volume, durs, roulant sous le doigt. Au-dessus de l'épitrochlée gauche, on en trouve un plus gros, et sur le trajet de la veine basilique au milieu du bras un ganglion plus gros qu'un haricot, mobile. Dans les régions inguinales, on trouve des ganglions de ce même volume, moins durs. Enfin, il en existe un sous le maxillaire gauche.

Ces ganglions se sont développés depuis le début de la maladie, mais seulement depuis que le mycosis s'est généralisé, et non dans les six premiers mois, ce qui tend à les faire rattacher aux ulcérations qui se

sont produites sur les lésions cutanées.

Face. - Les lésions y changent de caractère, elles sont moins profondes, moins bien limitées, très modifiées, il est vrai, par les cautérisations au nitrate d'argent, qui sont exercées par le malade lui-même.

A l'angle interne de l'œil droit, descendant sur la face et la partie interne du nez, une plaque surtout épidermique, non suintante, en voie de

Quelques petits follicules sébacés suppurants ne semblent pas appartenir au myocosis, la malade en offrait de semblables avant la maladie.

Toute la lèvre supérieure offre une fine desquamation qui lui donne une teinte blanche analogue à celle d'une trichophytie du cuir chevelu. Sur les bords, en dehors de l'insertion des poils de la moustache, on voit une teinte rosée, sans infiltration dermique au doigt.

La lèvre inférieure offre des lésions semblables mais moins accusées ; à sa face interne sur la muqueuse on trouve des irrégularités formant une plaque surélevée, qui n'a plus de caractères, mais qui a été assez volumineuse, gênant le malade.

Les oreilles offrent à l'entrée du conduit, surtout à droite, une légère rougeur, avec des squames grasses.

Dans le cuir chevelu, il y a eu une petite plaque qui est en voie de cicatrisation.

Langue saine. - Gorge tout à fait normale. Nez : pas d'épistaxis ni de croûtes, le malade a eu à la face interne de la sous-cloison une petite saillie disparue.

Cœur. — Le premier bruit est bref et martelé dans toute l'étendue de la région précordiale.

Pas de souffle anémique. Pas de signes fonctionnels. Pointe, 5º espace.

Poumons, rien. Tube digestif, rien. Système nerveux, rien.

Etat du malade le 13 décembre 1893. — L'amélioration dans la santé générale augmente progressivement. L'appétit est devenu normal, le sommeil est bon.

Cet état de mieux est en rapport avec une modification générale des lésions cutanées. Les plaques mycosiques s'affaissent dans leur partie centrale, la peau y devient lisse, s'indure au doigt et se décolore : c'est un véritable processus de cicatrisation. Les plaques cicatrisées sont entourées par une bordure encore rouge et un peu surélevée, mais très étroite; quelquefois à ce niveau, l'épiderme est encore fendillé, quelquefois on voit là aussi un changement, les plis épidermiques s'atténuant, tandis que la rougeur diminue.

Sur plusieurs plaques, et d'une manière générale les plus grandes, on voit nettement non une, mais plusieurs cicatrices, indiquant qu'il y a eu à leur niveau des éléments distincts, et qu'il ne s'est pas agi d'une lésion unique qui s'est agrandie en s'étalant. Ce détail est surtout visible sur une plaque située à la partie supero-externe de la cuisse gauche où existent de nombreux petits godets cicatriciels, juxtaposés, ayant chacun une

bordure.

Topographie des lésions cutanées. - Face : Au niveau du visage, la modification des lésions est plus sensible que partout ailleurs ; à la partie supérieure du nez, à droite, on trouve deux petites cicatrices plates, qui représentent une lésion beaucoup plus étendue. L'oreille droite est à peu près guérie, presque sans cicatrices visibles. Au niveau des muqueuses également, du nez et de la lèvre inférieure, les lésions se sont affaissées, laissant des traces légères.

Thorax. - Une grande plaque ovalaire située sous le sein gauche est tout à fait affaissée, elle offre encore une large bordure violacée, mais plate aussi, un peu épaisse au palper, avec les traces d'une légère des-

quamation.

En arrière on voit, sur le bord interne de l'omoplate droite, une plaque encore rouge, où l'épiderme est très fendillé avec des squames sèches, et où il n'y a aucune trace du changement qui s'est fait dans les éléments de la face et des membres.

Le reste du tronc, la région abdominale et lombaire ne présentent pas

de lésions cutanées d'ordre mycosique.

Membres supérieurs. — Bras droit : Deux larges plaques en cicatrisation, voisines, occupent la partie antérieure de la région deltoïdienne. Plus bas, sur le bord externe du bras, une cicatrice tout à fait décolorée et non indurée rappelle une lésion encore récente, qui est restée épidermique.

A la face antérieure de l'avant-bras droit, aucune lésion.

A la face postérieure, deux plaques seulement, une vers le bord externe, l'autre sur le bord interne.

Bras gauche: Ici quelques plaques mycosiques, la plus grande triangulaire, se trouve dans l'aisselle; les trois autres, ayant les dimensions de pièces d'un franc, se trouvent l'une en avant, deux en arrière près du coude.

Sur l'avant-bras, lésions multiples à la face antérieure, formant quatre centres de développement ; deux plaques très larges, irrégulières, sont constituées par des éléments isolés qui se cicatrisent, une autre est plus arrondie, plate, répond sans doute à une lésion unique. La dernière, très dure, presque chéloïdienne, est très irrégulière, allongée.

En arrière, trois plaques cicatricielles.

Mains saines.

Membres inférieurs. — La cuisse droite ne présente que deux plaques, l'une antérieure, l'autre postérieure, très affaissées, violacées, peu épaisses.

A la jambe droite, une plaque postérieure, à peine plus grande qu'une pièce de cinquante centimes.

A la cuisse gauche, sur la face interne, cicatrice superficielle, encore colorée, irrégulière. A la face externe, tout à fait en avant de la fesse, plaque quadrangulaire formée d'éléments multiples, en cicatrisation.

En arrière, toute la partie moyenne de la cuisse offre des cicatrices confluentes violacées, trace des lésions nombreuses qui se sont faites à ce

niveau.

· Sur la jambe, deux cicatrices arrondies, plates, rappelant des cicatrices syphilitiques, sauf la couleur violacée.

Les pieds sont tout à fait respectés.

Depuis le début de sa maladie, le malade a eu des lésions passagères, comparables à des furoncles et qui sont très nombreuses en ce moment, sur les bras surtout. Elles sont peut-être de nature purement irritative, dues aux applications externes qui ont été faites (Vigo, nitrate d'argent, etc.). Elles sont un peu plus rouges que des furoncles ordinaires, mais évoluent en quelques jours, donnent un très petit bourbillon central, et guérissent rapidement en laissant une desquamation.

Du reste, la nature de ces lésions sera prouvée par le traitement, on fera une ignipuncture centrale, suivie d'occlusion, et on pourra s'assurer ainsi s'il s'agit de folliculites microbiennes, ou si elles sont en rapport

avec le mycosis. Leur histologie sera également étudiée.

Examen histologique fait sur une lésion en évolution. — L'épiderme présente une hypertrophie considérable, et il envoie dans le derme de longs prolongements qui séparent des papilles élargies, allongées aussi. L'hypertrophie est due exclusivement au corps muqueux; on trouve entre les cellules de Malpighi des cellules lymphatiques nombreuses, mais ne formant pas d'amas confluents, restant irrégulièrement disséminées.

Dans une coupe cependant, on voit les cellules du corps muqueux aplaties, étirées en traînées parallèles les unes aux autres, et séparées par des files de cellules cubiques, semblables dans leur disposition, leur coloration et leur grandeur, aux cellules qui, dans le derme, forment le tissu

mycosique.

Papilles. — Dans les papilles, toutes les fibres, conjonctives, parois vasculaires, sont très apparentes; les vaisseaux sont larges, du reste sans lésion de leur revêtement endothélial ni de leur paroi. La plupart des papilles contiennent peu de cellules nouvelles en dehors des cellules conjonctives et vasculaires normales, qui se reconnaissent à leur forme longue, à leur protoplasma souvent granuleux, à leur gros noyau. Parfois on voit des éléments plus petits à protoplasma rare qui infiltrent le tissu papillaire, tantôt isolés, tantôt rouges en série. Par le pinceautage, on ne décèle pas de réticulum dans les papilles, on met seulement en évidence les fibres épaisses normales.

Il en est autrement dans certaines papilles plus tuméfiées où l'infiltra-

tion cellulaire est considérable, et où on peut, entre les éléments, voir un réseau tenu; mais le tissu nouveau ressemble à celui qu'on trouve sous les papilles; nous le décrirons à propos de la couche sous-papillaire.

Couche sous-papillaire. — Ici, l'infiltration devient fort abondante. On trouve des amas cellulaires qui pénètrent profondément entre les faisceaux conjonctifs et sous les papilles, viennent au contact les uns des autres.

Ces amas sont constitués par des cellules petites, souvent cubiques ou polygonales par pression réciproque, avec peu de protoplasma et un noyau très colorable, arrondi ou légèrement bosselé. En beaucoup de points, elles s'orientent en traînées et alors seulement on voit un réticulum à fibres minces, droites, anastomosées à angles très aigus. Mais ce réticulum est difficile à mettre en évidence; quand on a pinceauté le tissu, on fait tomber quelques cellules et on voit des filaments isolés, mais jamais les cellules ne tombent facilement; il faut presque dilacérer le tissu pour les faire tomber, et par macération dans l'eau on constate aussi que leur adhérence est très forte.

Les vaisseaux sont dilatés, les glandes sudoripares dissociées, on ne trouve plus trace de glandes sébacées.

Exploration nutritive. Exhalation pulmonaire de CO<sup>2</sup>. Le 22 novembre, son taux est de 24 gr. par heure; le 24, de 21 gr.; le 25 (gazomètre) de 24 gr. 60; le 27, de 27 gr. 30; le 30, de 29 gr. 52; le 4 décembre de 23 gr. 52; la moyenne est de 24 gr. 98; le malade pesant 62 kil. 500, nous aurons 0 gr. 39 CO<sup>2</sup> par kilogr. et par heure.

Il élimine par 24 heures le 28 novembre 49 gr. 10 d'urée; le 29, 51 gr. 80; le 1° décembre 16 gr. 54; le 2, 37 gr. 12 (moyenne de 4 jours), 38 gr. 64 ou 0 gr. 61 d'urée par kilogr. en 24 heures; le 3 décembre, 33 gr. 29; le 4, 37 gr. 99; le 5, 28 gr. 78; le 10, 36 gr. 12; le 11, 40 gr. 58; le 12, 28 gr. 10; la moyenne est de 33 gr. 14 ou 0 gr. 54 par kilogr. en 24 heures, c'est-à-dire un chiffre un peu supérieur à la normale.

L'élimination de l'acide phosphorique anhydre est de 2 gr. 57, le 28 novembre et de 2 gr. 42 le jour suivant.

L'urée du sang est de 0 gr. 038 milligr. p. 100 (vide à 35°), c'est-à-dire une moyenne forte.

Il en est de même pour la *glycémie*: nous avons trouvé 0 gr. 086 p. 100 de glucose dans le sang (vide à 35°); hématies 5,250,000, leucocytes 11,800.

Obs. II. - Mycosis fongoïde localisé, à durée longue.

La nommée C..., 40 ans, cuisinière, entre le 4 août 1893, salle Gibert, no 5.

Père bien portant, mère morte emphysémateuse, bonne santé habituelle. Dans sa jeunesse, dyspepsie qui a duré 18 mois (vomissements, douleurs gastriques). Rougeole dans l'enfance.

Menstruation régulière. Les règles sont diminuées dans leur quantité depuis un an.

Le début de l'affection est difficile à préciser. Il y a quinze ans, la malade avait à la partie externe et moyenne de la cuisse une plaque superficielle (plaque initiale), grande comme une pièce de cinq francs, ne suintant jamais, quelquefois prurigineuse, de couleur rosée avec une légère desquamation.

De temps à autre, la couleur disparaissait, ainsi que les démangeaisons, la *peau restait sèche et plissée*, puis, surtout au printemps, la lésion reparaissait.

Pendant 5-6 ans, pas d'agrandissement, puis il s'est fait une progression assez rapide et la plaque atteignit une quinzaine de centimètres de diamètres dans la longueur, remontant vers la hanche, descendant vers le genou. Mais à cette époque il n'y avait aucune infiltration cutanée, à ce qu'explique la malade.

A cet état l'affection resta stationnaire jusqu'à l'année dernière. La peau avait une teinte rose, quelquefois, depuis 5-6 ans elle suintait; en 1888 il y eut une ulcération très faible qui dura très peu de temps.

Au mois d'août 1892, la plaque s'agrandit beaucoup et devint même plus étendue qu'elle l'est en ce moment; elle envahit le genou, devint violette, et s'épaissit énormément, formant une saillie que la malade compare à une tumeur et qui a diminué dès qu'elle s'est mise au lit. Il se fit même des ulcérations considérables. Au mois d'octobre 1892, la malade ne pouvait plus marcher, les deux jambes étaient très enflées, sans qu'elle vit de varices. Jamais il n'y eut de douleurs vives, mais quelques démangeaisons. A la fin de l'année, les ulcérations disparurent et il ne s'en est reproduit que depuis quelques jours.

Peu de troubles de la santé générale. La malade n'a pas maigri, n'a pas perdu ses forces, elle a cependant quelques troubles de l'appétit qui est diminué et irrégulier. Depuis six mois elle ne dort plus; quelquefois elle souffre de céphalalgies; pas de doigt mort, pas de troubles visuels ni de palpitations.

État actuel. — A la partie externe de la cuisse droite on trouve une immense plaque ovalaire, s'étendant dans le sens vertical du grand trochanter, à trois ou quatre travers de doigt au-dessus du genou et dans le sens antéro-postérieur de la face antérieure du fémur, à la projection cutanée du nerf sciatique.

Cette plaque forme à sa partie inférieure une saillie modérée, mais dure à la palpation et qui répond aux premières lésions apparues. La teinte cutanée diffère dans cette région de ce qu'elle est à la partie supérieure; elle est d'une couleur tirant sur le violet, tandis qu'en haut elle est moins foncée. Cependant sur toute la périphérie de la plaque on voit une zone où la teinte d'un rose sombre va en s'atténuant peu à peu pour faire place à la coloration de la peau saine. L'épiderme présente partout une exagération de ses plis qui détermine un fendillement superficiel et en quelques points donne lieu à une très minime desquamation. Là où l'infiltration dermique est prononcée, les plis paraissent distendus, restant très visibles; et quand on prend entre les doigts l'épiderme et la région superficielle du derme, on constate une mollesse contrastant avec la dureté des parties profondes. Cette mollesse paraît même plutôt appartenir au derme qu'à l'épiderme qui est flasque, mince, pelure d'oignon.

A la partie postérieure et inférieure de la plaque, en arrière de la région régulièrement infiltrée qui a été décrite, les lésions changent un peu de caractère, on voit des saillies arrondies juxtaposées et non plus l'aspect régulier de la saillie antérieure. Elles sont très molles, mais quand on les

déprime du doigt, on sent qu'elles reposent sur le même fond d'infiltration dure qui a été déjà signalée.

L'infiltration s'étend sur les bords aussi loin au moins que la coloration atténuée qu'on y remarque, ce qui prouve sans discussion le début dermique.

Toute la moitié supérieure de la plaque est au contraire non infiltrée, les plis cutanés y sont exagérés comme dans la région inférieure, et non distendus, car on ne sent plus d'infiltration dermique et il est possible de prendre la peau entre les doigts, ce qu'on ne peut faire dans la région inférieure; les plis qu'on détermine ainsi ne sont pas plus épais que ceux de la région voisine et saine de la cuisse. La peau est sèche.

A la limite des deux régions, l'infiltration profonde apparaît par des nodosités de la grosseur d'une noisette, dures, qui paraissent être la lésion

élémentaire de l'affection.

Sur toutes ces lésions cutanées paraissent se développer, mais seulement dans la partie infiltrée, des ulcérations dont l'une est en voie de réparation en ce moment.

Dès son début, elle a eu son maximum de largeur, elle a donné peu de liquide, surtout du sang. Les bords sont irréguliers, l'ulcération est plate, recouverte d'une croûte sombre, adhérente.

Depuis un an, c'est seulement la seconde ulcération qui se développe. La malade en a eu une il y a cinq ans, plus profonde.

Les ulcérations durent assez longtemps, trois à six semaines.

Une partie des caractères de l'affection est due à la présence de varices profondes qui se révèlent par des transes dens les mollets et de l'ædème des jambes.

Tuméfaction et induration des ganglions inguinaux du côté droit.

Pas de troubles de la santé générale.

Examen histologique. — 1º Coupes de la biopsie faites dans les régions indurées. L'épiderme est ici peu altéré, on y trouve de rares cellules migratrices dans le corps muqueux qui est peut-être épaissi, la couche granuleuse, dans quelques régions, offre un nombre de couches plus grand qu'à l'ordinaire ; au-dessous du stratum lucidum, on peut apercevoir quelques petits foyers de cellules embryonnaires qu'explique l'exulcération de la peau au niveau de la biopsie.

Les lésions dermiques sont caractérisées par une infiltration de cellules migratrices, d'autant plus abondantes qu'on regarde des points plus profonds de la peau, modérées dans la région papillaire. Ici, les cellules sont distantes les unes des autres, séparées par la lésion dermique; elles se distinguent nettement des cellules normales plus grosses, plus granuleuses. Les cellules mycosiques sont au contraire petites, ont très peu de protoplasma et un petit noyau irrégulier, plus colorable que le noyau des cellules conjonctives. Les papilles sont élargies, on y remarque comme dans la couche sous-papillaire un épaississement prononcé des faisceaux dermiques formant des traînées parallèles à la limite de l'épiderme.

Le calibre des artérioles est effacé, tandis que les orifices sont béants. Profondément, l'infiltration d'éléments nouveaux est considérable et forme des foyers, souvent confluents en grandes nappes, à petites cellules semblables à celles qu'on trouve dans les papilles, mais serrées, tassées, et sans qu'on puisse mettre en évidence le réticulum intermémédiaire. Les faisceaux conjonctifs sont tout à fait dissociés, quelquesuns persistent autour des vaisseaux, leur formant une paroi presque hyaline ou avec quelques cellules plates et rétrécissant leur diamètre. Il n'y a pas d'autre lésion vasculaire.

En résumé infiltration, discrète dans les papilles, intense dans la pro-

fondeur, avec lésions de dermite chronique sans réticulum.

2º Coupe de la biopsie faite dans les régions molles. -- Ici, l'infiltration est égale partout, elle a fait totalement disparaître le tissu normal et refoulé l'épiderme aminci, réduit à quelques couches lamelleuses qui

subissent une kératinisation précoce.

Le tissu dermique est constitué de cellules juxtaposées cubiques, par pression réciproque, avec peu de protoplasma, à noyau arrondi ou cubique lui-même. Entre ces cellules, on voit des fibrilles qui en partent et s'anastomosent entre elles, s'unissant, formant un réticulum qui décompose le tissu en trabécules parallèles. Sur les bords, la constitution de ce réticulum apparaît nettement, les fibrilles persistent alors même que les cellules sont tombées, laissant vide la logette qu'elles occupaient. C'est entre les fibres mêmes de ce réticulum qu'on voit quelquefois des cellules allongées, reste probable des cellules normales du tissu conjonctif. Les fibrilles s'insèrent sur les vaisseaux de tous calibres, peu altérés, ayant conservé leurs parois.

Les glandes sudoripares sont tout à fait dissociées par l'infiltration, les sections des conduits sont écartées les unes des autres. Quant aux glandes

sébacées, elles ont totalement disparu.

En un angle des préparations, on retrouve des faisceaux dermiques dissociés, semblables à ceux qu'on voit dans les coupes de la peau indurée. Là les cellules mycosiques redeviennent petites, se tassent irrégulièrement les unes sur les autres et il n'y a pas de réticulum.

Exploration nutritive. — Globules rouges, 5.375.000; globules blancs

14.000.

L'excrétion de l'urée est de 26 gr. 35 le 11 décembre, et 27 gr. 85 le 12 décembre; le 13, 22 gr. 74; le 14, 21 gr. 78; le 15, 20 gr. 61; le 16, 33 gr. 37; le 17, 27 gr. 42; le 19, 28 gr. 84; le 20, 27 gr.

En résumé, dans ces deux observations, on rencontre une phase variable de durée (6 ans, obs. II, 6 mois, obs. I), où la lésion est superficielle, unique, ayant beaucoup de ressemblance avec un eczéma nummulaire, guérissant en apparence, mais laissant toujours, dans l'intervalle des poussées, une couleur brune avec un état ridé, plissé, avec exagération des plis cutanés, état dû à un certain degré d'hypertrophie papillaire; ainsi, nous trouvons au début une lésion initiale isolée pendant un temps variable, parfois pendant des années (plaque eczématique, érythémateuse, lichénoïde); plus tard arrive la dissémination. La seconde phase se caractérise (obs. I), par l'aspect d'une infiltration nodulaire au niveau de la plaque initiale; les no-

dules conglomérés se multiplient et forment une tumeur mamelonnée, à la périphérie de laquelle on remarque une zone d'envahissement érythémato-squameuse avec exagération des plis et desquamation pityriasique (obs. I). Même début dans l'observation II; plaque initiale eczématique, puis dissémination, infiltration diffuse en saillies ou en plaques lamellaires avec zone d'envahissement périphérique, dans laquelle on distingue des foyers multiples, constitués par de petites plaques satellites, qui donnent un aspect polycyclique aux grands placards. On reconnaît ces altérations, même à la phase cicatricielle. Souvent, dans la zone d'envahissement, on observe des bourrelets à figures géométriques variées, d'une consistance pâteuse, ædémateuse, indiquant une infiltration plus profonde. Parfois les placards ont une évolution centrifuge : le centre, exulcéré le premier, se cicatrise, s'indure, se sclérose, simulant une plaque de morphée sclérodermique. Il est donc utile, pour établir le diagnostic, de rechercher à la périphérie des placards mycosiques les vestiges de l'état plissé lichénoïde, eczématique, avec légère desquamation; les exulcérations ressemblent beaucoup à l'exulcération de l'eczéma, seulement elles reposent sur un fond induré.

L'exploration nutritive montre quelques légers troubles de la nutrition; tout d'abord, une faible azoturie transitoire avec amaigrissement, coıncidant surtout avec les exulcérations et la dissémination; on retrouve cette dénutrition jusque dans l'urée du sang dont la proportion est un peu plus forte qu'à l'état normal. La glycogénie est physiologique; le nombre des globules blancs est presque normal.

L'examen histologique nous montre la lésion se développant au début en petits îlots dermiques, n'atteignant l'épiderme que secondairement (hypertrophie papillaire et épidermique, avec ou sans lacunes). Elle consiste en de jeunes éléments à très colorables noyaux, paraissant d'origine leucocytaire, puisqu'on peut découvrir, surtout dans les couches profondes du derme, à côté des fibres conjonctives, des éléments conjonctifs normaux à gros noyaux, à protoplasma granuleux; le réticulum est difficile à voir, les cellules sont fortement adhérentes, même après macération dans l'eau; on constate, d'une manière nette, de nouvelles cellules entre des cellules conjonctives normales. Cette constatation est semblable à celle d'Hochsinger-Schift (Zur Lehre von Granuloma fungoïdes, 1886), et à celle de Ledermann (Ueber Myc. fung. Auspitzs' Arch., 1889), qui ont trouvé que le tissu se compose de cellules embryonnaires entre lesquelles le tissu ancien existe encore; ces auteurs n'ont pas vu de cellules géantes. Le réticulum devient plus net avec la formation de la tumeur et dans les couches profondes du derme.

Les vaisseaux sont un peu dilatés, surtout les veines (obs. II), mais

les parois vasculaires sont saines, ce qui est le contraire dans les sarcomes; on ne trouve pas d'orientation fuso-cellulaire; voilà autant de caractères qui différencient les lésions du mycosis de celles du sarcome.

En résumé, ces considérations d'ordres divers nous conduisent à admettre qu'il s'agit là d'une espèce nosologique distincte, qui n'est ni la sarcomatose ni la lymphadénie classique.

### Sur un cas de dermatite bulleuse du bras survenue sous l'influence d'un vésicatoire permanent.

Par M. H. HALLOPEAU.

La malade que j'ai l'honneur de présenter est atteinte d'une éruption bulleuse remarquable par sa circonscription à une partie de l'un des membres supérieurs et par ce fait qu'elle s'est produite sous l'influence de l'irritation que provoquait un vésicatoire permanent. Son histoire peut être à ce point de vue résumée ainsi qu'il suit.

W..., âgée de 74 ans, entre le 13 novembre 1893 au n° 11 de la salle Lugol; comme commémoratifs, nous signalerons ce fait qu'elle a été atteinte, il y a 45 ans, d'une éruption bulleuse localisée aux mains, et que cette éruption s'est renouvelée pendant huit années. La malade paraît avoir toujours êté névropathe; elle n'a pas eu cependant d'attaques convulsives. Depuis 1863 jusqu'à ces derniers temps, elle a porté au bras gauche un vésicatoire permanent qu'elle pansait avec le bois de garou. Il y a trois mois, des éruptions bulleuses ont commencé à se produire autour de ce vésicatoire et depuis lors elles se sont constamment renouvelées dans la même région, bien que la cessation des applications épispastiques ait, dès le début de ces éruptions, amené la cicatrisation de la surface vésiquée.

Actuellement on voit, à la partie moyenne du bras droit, une vaste cicatrice, ancienne dans la plus grande partie de son étendue, récente dans sa partie interne qui a été vésiquée en dernier lieu. Au-dessus, au-dessous et en dedans de cette cicatrice, sur une surface mesurant près de 10 centimètres de diamètre, la peau est rouge, épaissie et surmontée de bulles de volume variable et à différentes périodes de leur évolution : on en compte 6 dont le volume atteint ou dépasse celui d'une amande ; elles sont remplies d'un liquide citrin, purulent, ou hémorrhagique ; à côté de ces bulles récentes, on voit de larges croûtelles qui représentent des bulles formées antérieurement : toute cette éruption érythémateuse et bulleuse est disposée autour de la cicatrice du vésicatoire et lui est en toute évidence subordonnée. La malade éprouve dans cette région une sensation pénible de cuisson; il n'y a pas de prurit ; la sensibilité est conservée dans tous ses modes. L'état général est satisfaisant. On prescrit un pansement avec le liniment oléo-calcaire.

Depuis lors, nous avons vu constamment se produire de nouvelles bulles dans la même région; l'éruption s'est étendue de haut en bas; elle atteint actuellement le coude; le 29 novembre, nous avons noté l'envahissement de la partie supérieure de l'avant-bras, suivant son bord cubital; le 1er décembre, la peau de l'avant-bras s'est tuméfiée en même temps qu'elle prenait une coloration légèrement érythémateuse tout le long du bord interne et jusqu'à la partie interne de la main au niveau du 5º métacarpien; cette propagation de l'éruption n'a pas été durable, car il a été signalé le 6 décembre que la tuméfaction de l'avant-bras n'était plus appréciable que dans ses deux tiers supérieurs; la production des bulles est toujours active au niveau de la plaque érythémateuse du bras; elle ne dépasse pas le coude inférieurement.

Le 13, la surface malade mesure transversalement, de la partie postéroexterne à la partie antéro-interne du bras, 16 centim., verticalement 15 centim.; les surfaces excoriées ont été irritées ces jours derniers par des grattages prolongés et se sont recouvertes de bourgeons charnus, les bulles récentes se sont produites surtout à la périphérie de la partie malade. Depuis quelques jours, sans cause appréciable, la santé générale s'est altérée ; la langue est devenue sèche ; l'appétit est nul ; les forces sont très amoindries.

En présence d'une éruption aussi localisée et survenant dans des conditions aussi exceptionnelles, nous nous sommes demandé si nous n'avions pas affaire à une simulation : l'âge avancé de la malade, son état mental profondément déprimé, et surtout les caractères de l'éruption, l'infiltration œdémateuse qui l'accompagne, l'absence des contours nettement circonscrits qui caractérisent les vésications et enfin le caractère hémorrhagique qu'a présenté plusieurs fois le contenu des bulles nous ont conduit à éliminer cette hypothèse.

Il s'agit donc d'une dermatose érythémateuse et bulleuse qui s'est développée, d'abord autour d'un vésicatoire permanent, puis autour de la cicatrice à laquelle il a fait place, qui, depuis plus de trois mois, s'est incessament reproduite par poussées successives dans cette même région et qui, dans ces derniers temps, s'est étendue à l'avant-

bras et jusqu'à la main.

Nous ne connaissons pas de fait semblable dans la littérature médicale; M. Leloir, dans sa monographie sur les affections cutanées d'origine nerveuse, cite Charcot comme ayant plusieurs fois observé des éruptions bulleuses sur des cicatrices vicieuses; mais il n'est pas dit que dans ces cas, dont l'observation n'a pas été publiée, l'éruption se soit étendue en dehors de la cicatrice; d'ailleurs, dans notre fait, ce n'est pas au niveau de la cicatrice, mais bien à sa périphérie que l'éruption se produit ; la lésion ancienne en a été le point de départ, mais elle s'est propagée à des parties qui en sont éloignées.

Sa production ne peut guère être rapportée qu'à un trouble de l'innervation trophique, provoqué par l'englobement des nerfs cuta-

nés dans la cicatrice et leur irritation.

Il résulte de ces faits qu'un vésicatoire permanent et la cicatrice qui lui font suite peuvent devenir le point de départ d'une éruption érythémateuse et bulleuse qui se localise d'abord à leur périphérie, puis s'étend de proche en proche à des parties plus ou moins éloignées, tout en restant circonscrite à la même région; que cette éruption procède par poussées successives se renouvelant incessamment; que sa durée peut dépasser plusieurs mois; qu'elle ne s'accompagne d'aucun trouble de la sensibilité cutanée, si ce n'est de la cuisson liée à l'érythème; qu'elle est liée selon toute vraisemblance à un trouble dans l'innervation trophique provoqué par l'altération des filets nerveux inclus dans la cicatrice.

# Sur une production gommeuse à la périphérie d'une cicatrice chancreuse du menton simulant une récidive.

Par M. H. HALLOPEAU.

Les faits de cette nature sont bien connus ; ils ont fait l'objet d'une description approfondie à notre Congrès international de Paris, en 1889; si nous montrons ce malade, c'est à cause des erreurs de diagnostic qui sont encore trop souvent commises en pareil cas ; nous ne craignons pas de dire que la grande majorité des prétendus cas de récidive de chancres indurés rentrent dans cette catégorie.

Nous résumerons ainsi qu'il suit l'histoire de notre malade.

Le nommé L..., âgé de 45 ans, a contracté, il y a 2 ans, un chancre induré qui siégeait au menton, au-dessous de la lèvre inférieure, du côté gauche. Il a eu, à la suite, une roséole, des syphilides buccales, puis, l'année suivante, une encéphalopathie syphilitique qui s'est traduite par une attaque apoplectique suivie d'une hémiplégie gauche dont il reste encore des traces. Malgré le traitement intensif par les frictions mercurielles et l'iodure de potassium à hautes doses, la syphilis de ce malade a continué son évolution; au mois de septembre dernier, une gomme se développait à la jambe gauche et en novembre s'est produite au menton l'induration scléro-gommeuse sur laquelle nous désirons appeler votre attention : elle occupe la périphérie de la cicatrice qu'avait laissée à sa suite le chancre induré; sa consistance est ferme, sa couleur rosée; exactement arrondie à sa périphérie, déprimée au centre dans la partie qui représente l'ancienne cicatrice, elle rappelle l'aspect de certains boutons de nacre. Il n'y a pas d'adénopathies de voisinage.

Depuis le moment où elle a paru, cette altération a un peu rétrocédé, mais dans de faibles proportions, malgré un traitement général et local. Il est à remarquer que la cicatrice du chancre n'est pas elle-même envahie par le syphilome; la localisation exacte de celui-ci à sa périphérie

ne permet pas cependant de douter qu'il ne s'agisse, suivant l'heureuse expression de M. Leloir, d'un réveil local du virus.

Si l'on ne connaissait pas les antécédents de ce malade, et si l'on ne tenait pas compte de la coexistence de la gomme de la jambe, on courrait grand risque de confondre ce syphilome tertiaire avec un chancre induré, car la cicatrice persistante est peu apparente et échapperait aisément à l'observation; et l'erreur serait encore plus facile à commettre si la lésion occupait, au lieu du menton, son siège habituel.

# Sur un lichen de Wilson simulant par places un pityriasis rubra pilaire,

Par M. H. HALLOPEAU.

Nous avons présenté, dans la dernière séance, un malade atteint d'un pityriasis rubra pilaire qui simulait, par places, un lichen de Wilson; celui que nous avons l'honneur de vous montrer aujourd'hui en est en quelque sorte la contre-partie : il est atteint d'un lichen plan dont l'éruption rappelle singulièrement, par places, celles du pityriasis rubra pilaire. Son observation peut être résumée ainsi qu'il suit :

La nommée K..., âgée de 56 ans, est une névropathe ; elle a eu pendant longtemps des attaques nettement caractérisées d'hystérie. L'éruption qui l'amène à Saint-Louis a commencé au mois d'avril dernier, à la suite de vives émotions ; elle a débuté par l'avant-bras droit et s'est ensuite disséminée progressivement sur les diverses régions du corps. Actuellement, deux ordres de lésions élémentaires la constituent : ce sont, d'une part, des papules planes, lisses, brillantes, irrégulièrement polygonales, de couleur rouge avec teintes opalines, présentant parfois une dépression centrale et offrant en un mot le type des papules Wilsonniennes; d'autre part, des papules miliaires, saillantes, acuminées et présentant dans leur partie médiane un grain corné, offrant par conséquent la plus grande analogie avec les éléments du pityriasis rubra pilaire; on trouve tous les intermédiaires entre les deux ordres de lésions. Ces divers éléments forment en diverses régions des groupes; les plus importants occupent les avant-bras sur leurs faces dorsale et palmaire, les épaules, la nuque et le siège. Les papules Wilsoniennes y forment souvent des traînées linéaires qui atteignent plusieurs centimètres de longueur ; les papules acuminées sont le plus souvent groupées régulièrement autour des papules planes, comme si leur développement leur était subordonné; elles rappellent ainsi, par leur disposition et leur genèse probable, celles de ces syphilides tuberculeuses en groupe dans lesquelles l'apparition d'un tubercule central est suivie de celle de papules plus petites qui viennent se grouper autour de lui et en émanent manifestement.

Ces éléments sont le siège d'un prurit intense et incessant.

Il n'y a pas trace d'éruption sur le dos des phalanges.

La muqueuse buccale présente à la partie interne des deux joues des plaques ou des stries blanchâtres absolument caractéristiques du lichen de Wilson.

Ce fait, rapproché des caractères des papules planes et particulièrement de la teinte opaline que présentent plusieurs d'entre elles, du prurit intense dont elles sont le siège et de l'intégrité du dos des phalanges, ne laisse aucun doute relativement à la nature de la maladie ; il s'agit, en toute certitude, d'un lichen de Wilson; ce fait montre seulement qu'il peut se développer dans cette maladie des papules miliaires acuminées identiques objectivement à celles du pityriasis rubra pilaire : elles en diffèrent surtout par leurs localisations, car, chez notre malade, contrairement à ce qui est de règle dans le pityriasis rubra pilaire, le cuir chevelu, les oreilles, le visage, le dos des phalanges et la face palmaire des mains restent indemnes. Nous résumerons ainsi qu'il suit les conclusions de ce travail :

1º Le lichen de Wilson peut se traduire par la production de papules miliaires acuminées, très analogues à celles du pityriassi rubra pilaire;

2º Elles se groupent autour des papules de Wilson et leur développement paraît subordonné à celui de ces éléments;

3º Elles ne présentent pas les localisations qui caractérisent essentiellement le pityriasis rubra pilaire;

4° Leur coïncidence avec les papules de Wilson explique comment M. Kaposi considère comme appartenant à un même type le lichen plan et le lichen acuminé; elle ne justifie pas la négation du pityriasis rubra pilaire comme type morbide distinct; l'aspect des éléments éruptifs n'a qu'une importance secondaire; ce qui distingue nettement les deux maladies, c'est la différence de leurs localisations.

## Des névrodermites. Névroses cutanées à réactions urticariennes, eczématiformes et lichéniennes.

Par M. Louis Wickham.

J'ai l'honneur de présenter à la Société un certain nombre de malades atteints de névrose cutanée qui reproduisent les principales variétés de réaction que la peau peut subir par le grattage: variété urticarienne, variété lichénienne, variété eczématiforme.

La nouvelle conception des névroses cutanées a montré qu'en

importance les caractères objectifs des lésions éruptives devaient céder le pas aux considérations tirées de l'éréthisme nerveux, qu'ils sont d'ordre secondaire, en quelque sorte banal, et que ce qui domine la scène, c'est l'état morbide particulier au système nerveux.

Cette conception a absolument modifié le point de vue auquel il faut se placer en présence des dermatoses prurigineuses. Il est certain qu'un dermatologiste d'il y a 20 ans, reparaissant aujourd'hui sans transition, serait singulièrement étonné de voir présenter sous un même titre des malades atteints d'urticaire, d'eczéma, de lichen.

L'état nerveux devenant la condition essentielle, il importe que l'étude des observations nouvelles soit très complète à ce sujet. Il est de tout intérêt de bien établir l'état de névropathie des malades, acquise ou héréditaire, le degré d'atavisme nerveux, les causes déterminantes, occasionnelles, provocatrices.

C'est surtout de ce côté-la que j'ai trouvé chez mes malades quelques faits intéressants.

Névrose cutanée à réaction urticarienne pure. Urticaire chronique. Longue période de névrodermie préexistante. - Alcoolisme. - Terrain héréditaire névropathique. - Le premier malade que je vous présente est atteint depuis un an d'urticaire chronique. Voici une belle photographie de l'éruption cutanée. La période urticarienne est terminée en ce moment, le grattage ne soulève plus d'éléments ortiés et on ne voit plus guère que des macules, reliquat des poussées antérieures avec quelques excoriations dues au grattage. La première poussée urticarienne date de 1 an, depuis il y a eu plusieurs phases paroxystiques et toutes ont paru correspondre exactement à des crises d'alcoolisme. Le malade a d'ailleurs parfaitement conscience du rapport qui existe entre sa maladie et ses abus de boisson. Il s'agit en effet d'un sujet alcoolique avec tremblement des mains, pituites le matin, légère dyspepsie, cauchemars. Les excès de boisson ont commencé il y a 6 ans à l'occasion d'un nouveau métier, celui de forain, que le malade pratique encore actuellement. Or, voici un premier point digne de remarque : si l'urticaire date seulement de 1 an, le prurit, lui, remonte à 6 ans. Ce prurit a été particulièrement intense, avec accalmies et paroxysmes, il a débuté quelque temps après le commencement des habitudes alcooliques et les paroxysmes ont, de tout temps, été en rapport direct avec les excès de boissons.

Cette observation nous montre clairement l'alcool comme cause déterminante de la névrose. Elle nous montre le prurit comme ayant nettement précédé la réaction cutanée.

Mais est-ce le grattage seul qui a déterminé l'éruption de la peau? Je ne le crois pas. Il est peu admissible qu'il ait fallu au grattage cinq années pour arriver à produire une réaction de la peau. Il nous semble trouver là une bonne confirmation de ce fait, que le prurit ne produit pas toujours l'élément éruptif, mais qu'il est simplement, dans

certains cas, agent provocateur de la lésion. Il faut donc chercher ailleurs ce qui a déterminé l'éruption cutanée. Il est possible que. dans ce cas, l'estomac soit devenu à un moment donné, de par l'alcoolisme, le siège de fermentations plus accentuées, et que ce soit là la vraie cause de l'éruption cutanée.

Mais l'alcool a-t-il déterminé à lui seul le terrain névropathique, et n'a-t-il point été aidé dans ses effets par des causes prédisposantes?

J'ai recherché ces causes dans les commémoratifs.

A ce sujet, les antécédents personnels sont assez indifférents, mais il en est tout autrement des antécédents héréditaires. En effet, on trouve dans la famille du malade un frère mort aliéné, un autre frère atteint dès l'enfance d'un prurigo violent, enfin une nièce, la fille de ce second frère, atteinte elle aussi d'un prurigo intense depuis son enfance. Voilà des faits qui établissent péremptoirement la

prédisposition héréditaire.

Il est un autre point sur lequel je désire appeler l'attention. Voilà un homme, qui depuis cinq années a souffert d'un prurit généralisé, sans qu'il se soit produit la moindre lésion cutanée. Pendant cinq ans il a eu des périodes variables de paroxysmes prurigineux avec insomnies et souffrances telles qu'il a dû consulter à plusieurs reprises. A coup sûr, personne n'aurait hésité pendant cette longue période, et à juste titre, à porter le diagnostic de prurit sine materia, prurit alcoolique, et on aurait rangé ce cas dans le groupe des névrodermies généralisées. Un autre malade que j'aurais voulu présenter aujourd'hui a souffert pendant trois années de prurit localisé aux hanches, à la région lombaire avec violents et constants grattages, sans réaction cutanée. Mais au bout de trois années de cet état de prurit sine materia la peau des régions prurigineuses a commencé de s'épaissir, à prendre une teinte brunâtre, à exagérer ses plis, en un mot à se lichénifier. Or, quel diagnostic aurait-on porté pendant les trois années de prurit préexistant à la réaction cutanée, si ce n'est celui de prurit sine materia local, de névrodermie localisée?

Ces deux observations montrent qu'il existe des faits de transition entre la névrodermie et la névrodermite; elles indiquent aussi qu'en présence d'un prurit sine materia, même de longue durée, il est impossible d'affirmer si la névrose restera pure ou si, constituant comme une période prémonitoire de la dermatose prurigineuse, elle ne sera pas accompagnée dans un temps donné

de lésions éruptives.

Névrose cutanée à réaction eczématiforme et lichénienne. - Le second malade que j'ai l'honneur de présenter est âgé de 16 ans, il a le facies pâle et bouffi des strumeux. La dermatose prurigineuse dont il est atteint évolue actuellement pour la 3º fois et toujours avec des caractères semblables. Les lésions cutanées offrent ici un aspect tout différent de celui que nous avons rencontré chez le malade précédent; c'est une éruption eczématiforme. La totalité du revêtement cutané, - à l'exception des mains, des pieds, du cuir chevelu, de la verge, - est rouge, squameuse, crevassée et croûteuse par places.

Les éléments primitifs, que l'on rencontre surtout aux poignets, sur l'abdomen, et aux régions où les lésions sont discrètes, consistent en de petites papules acuminées un peu plus grosses qu'une tête d'épingle particulièrement prurigineuses et d'apparence non vésiculeuse, mais se laissant excorier au moindre grattage.

Par places, aux poignets, à l'abdomen, aux plis du coude, etc., la peau s'est épaissie, infiltrée ; les lésions eczématiformes se sont en un mot com-

pliquées de lichénifications.

La première poussée est survenue à la suite d'une brûlure aux fesses et a duré un an. Depuis c'est toujours sur la région brûlée et légèrement cicatricielle que les lésions ont d'abord apparu. La brûlure semble donc avoir déterminé un locus minoris resistentiæ servant de point de départ à

Chez ce malade une investigation minutieuse n'est point parvenue à établir une histoire nerveuse ou arthritique quelconque. La maladie est violemment prurigineuse.

Le prurit et la lésion éruptive, d'après le dire du malade, sont venus en

même temps.

Névrose cutanée à réaction lichénienne pure, discrète, symétrique. Paroxysmes saisonniers. — Ce dernier malade est un type de névrose cutanée à réaction lichénienne. La lichénification très diminuée aujourd'hui est ici parfaitement pure et primitive, elle est fort discrète et symétrique et siège à la face externe des membres inférieurs et des avant-bras. Dans ces régions la peau est pigmentée, rugueuse, légèrement épaissie, et offre de petits éléments papuleux, durs au toucher. Le revêtement cutané est en général sec et kératosique.

La moindre occlusion, comme j'ai pu m'en rendre compte, par l'application d'emplâtres d'oxyde de zinc ou d'huile de foie de morue (la substance employée ayant paru indifférente), a fait disparaître rapidement et chaque fois le prurit ainsi que les petites papules, et chaque fois ces

lésions se sont reproduites aussitôt le pansement retiré.

Le prurit date ici de 3 ans ; il a débuté quelques jours après une violente émotion, occasionnée par un incendie où la responsabilité du malade était engagée. La lichénification a commencé trois ou quatre semaines après le prurit. Elle est ici nettement due au grattage. D'autre part ils'agit d'un terrain préparé, car le malade est un névropathe avéré et de longue date. Je dois mentionner aussi, comme cause excitante du système nerveux chez ce malade, l'absorption depuis quatre ans de 1 litre 1/2 de café noir par jour, fait que j'ai eu déjà l'occasion d'observer dans plusieurs cas de névrose cutanée.

Il me reste pour terminer à signaler, à propos de ce malade,

l'influence saisonnière; c'est toujours en été qu'ont eu lieu les paroxysmes, particulièrement intenses, et l'année dernière, au mois d'août, le malade perdit, pendant le cours de sa poussée, 8 ongles des doigts et les ongles des gros orteils. Ces poussées estivales ont déterminé des grattages extrêmement violents et il est curieux de rapprocher l'intensité du grattage, de la discrétion des éléments éruptifs. L'histoire de ce malade répondrait assez bien aux descriptions du prurit estival, si la poussée actuelle n'était survenue à l'entrée de l'hiver. C'est que les prurits saisonniers (prurits d'été ou prurits d'hiver) semblent devoir être considérés maintenant non pas comme des dermatoses spéciales, mais comme des variétés de névrodermites, variétés dans lesquelles le système nerveux chez des prédisposés reconnaît particulièrement pour cause déterminante la chaleur ou le froid, ou plutôt les modifications de la température. D'ailleurs cette influence calorique se retrouve constamment à un certain degré dans les observations de dermatoses prurigineuses. C'est en effet le plus souvent la nuit et surtout quelques minutes après le coucher que le prurit atteint en général son maximum.

C'est ainsi que chez notre malade, l'influence saisonnière soit été, soit hiver, est venue ajouter son action aux autres causes déterminantes pour conduire l'éréthisme nerveux à son point culminant.

M. Fournier. — Lorsque le premier des malades présentés par M. Wickham s'est offert à ma vue, ma pensée immédiate a été celle d'une syphilide papuleuse. Ce n'est que par la réflexion que le diagnostic rationnel est venu rectifier le diagnostic d'emblée. Il est difficile de supposer une ressemblance plus étroite avec certaines syphilides secondaires. C'est un cas curieux de fausse syphilide.

M. Brocq. — Ce même malade m'intéresse tout spécialement à un autre point de vue. A l'heure actuelle il représente le type parfait de cette forme de prurigo à laquelle mon regretté maître E. Vidal et moi, nous avons donné le nom de prurigo ferox, et que caractérisent un prurit intense, des papules volumineuses, des poussées successives extrêmement rebelles, des éruptions d'urticaire facilement provoquées. Une seule chose manque ici : le début dans l'enfance. En effet, le prurigo ferox comme le prurigo de Hebra débute dans le jeune âge et se poursuit pendant toute la vie; parfois on trouve des plaques de lichénification, mais peu marquées, souvent des papules géantes, des macules consécutives aux lésions papuleuses.

Il semble donc que nous nous trouvions ici en présence d'un fait de passage entre l'urticaire chronique et le prurigo ferox de Vidal. C'est un exemple de ces faits de passage sur lesquels j'ai basé ma communication de la dernière séance, et, à ce point de vue, l'histoire de ce malade est d'une importance capitale.

M. Wickham. — Le prurigo ferox tel que l'enseignait mon regretté maître Vidal, présente fréquemment en effet, parmi ses éléments éruptifs, des

élevures ortiées, lesquelles même, lorsqu'elles sont en abondance, peuvent en imposer pour de l'urticaire chronique. Chez ce malade, après une longue enquête, alors qu'il s'offrait en pleine poussée éruptive, j'ai dû m'arrêter au diagnostic d'urticaire chronique. Au moindre grattage, en effet, au seul froissement de la peau, on voyait apparaître des bouquets de « wheals » avec leurs caractères les plus nets. Quelques-uns de ces éléments s'excoriaient par le grattage. Les uns étaient éphémères (urticaire factice), les autres persistaient plus longtemps, mais toujours avec ce caractère d'ædème blanchâtre qu'on met aisément en évidence par la tension de la peau. Pendant une période d'observation de trois semaines, je n'ai jamais vu apparaître d'autre variété d'éléments éruptifs, et le malade auquel je montrais les élevures d'urticaire, m'a affirmé avoir toujours vu se produire ces « piqûres d'orties » au moindre grattage, lors des précédentes poussées qui se sont succédé depuis un an, date du début de la réaction cutanée.

M. FOURNIER. — L'urticaire chronique et le lichen sont des maladies de la même famille.

Ce qu'il importerait de déterminer dans leur étude, c'est leur étiologie. L'étiologie, tout est là, et parodiant un mot célèbre, on pourrait dire : la dermatologie sera étiologique ou elle ne sera pas.

## Chancre axillaire de nature syphilitique.

Par le Dr A. FOURNIER

J'ai observé, ces derniers temps, une localisation à coup sûr très inusitée du chancre syphilitique, voire restée inconnue de moi jusqu'ici, la localisation axillaire. Voici le fait en quelques mots.

Un jeune homme m'est adressé par un très honoré confrère, comme « affecté bien sûrement de syphilis, mais d'une syphilis dont l'accident initial ne peut être retrouvé ». J'examine ce malade et reconnais sur lui, en effet, une syphilis secondaire indéniable, s'accusant par diverses manifestations, à savoir : une syphilide érythémato-papuleuse confluente, aussi classique et aussi typique que possible ; quelques érosions amygdaliennes ; quelques croûtes acnéiformes du cuir chevelu ; un début d'adénopathie cervicale, etc.

Le malade affirme cependant n'avoir jamais eu ni chancre, ni érosion, ni quoi que ce soit de suspect, soit à la verge, soit à la bouche, soit en aucun point.

ducum point.

Je recherche d'abord le chancre par le chancre, c'est-à-dire par sa cicatrice, sa macule, son stigmate. Je le recherche partout et longtemps. Peine inutile.

Je le recherche alors par son bubon, en instituant, comme le disait Ricord, « la chasse au chancre par les ganglions ». Rien dans les aines ; rien sous le maxillaire, rien autour du cou, aux régions épitrochléennes, etc. Mais, finalement, j'arrive à découvrir dans l'aisselle gauche trois ganglions,

l'un du volume d'une grosse olive, les deux autres un peu plus petits, mais tous remarquablement fermes et durs sous le doigt. Nul doute : c'est bien là une pléiade axillaire, et, de par cette pléiade, le chancre doit avoir existé sur le bras.

Vainement je le recherche aux doigts, à la main, à l'avant-bras, au bras. Rien encore. Enfin, soulevant le membre, j'inspecte l'aisselle, et ne suis pas médiocrement surpris de trouver là une macule brunâtre, arrondie, bien circonscrite, que j'étudie alors soigneusement.

Cette macule offre en moyenne les proportions d'une pièce de 50 centimes. Elle est arrondie, mais un peu ovalaire.

Elle est manifestement cicatricielle, un peu surélevée, et de couleur rouge brunâtre, rappelant la teinte du jambon vieilli, séché.

Elle repose sur des téguments infectés, c'est-à-dire sur une base d'infiltration interstitielle donnant au palper la sensation d'un disque parcheminé. Elle paraît en un mot, suivant l'expression technique, doublée d'une carte de visite.

Bref, cette lésion représente exactement, par l'ensemble de ses caractères, ce qu'est la macule d'un chancre parcheminé, ce qu'est, comme exemple, la cicatrice encore récente d'un chancre parcheminé du fourreau de la verge.

Interrogé alors sur les antécédents de cette lésion, le malade répond qu'il y a sept à huit semaines, deux mois peut-être, un « petit bouton » a commencé à poindre dans l'aisselle ; que ce bouton s'est élargi, étalé, puis ulcéré ; que tantôt il suintait à l'instar d'une plaie à nu, et tantôt se recouvrait d'une croûte qui retombait quelques jours plus tard ; que cette lésion a duré sous cette forme environ quatre à cinq semaines, puis, sans traitement, s'est « fermée » depuis une quinzaine environ.

Il ajoute, sur de nouvelles questions que je lui adresse, que ce bouton s'est produit trois ou quatre semaines après une nuit passée avec une prostituée. Il ne se rappelle pas que la bouche de cette femme ait touché le point où s'est produite la lésion (« ce qui ne serait pas impossible, cependant »); mais il est très certain d'avoir été « chatouillé » là à plusieurs reprises par la main de ladite femme.

En tout cas, on remarquera combien les dates assignées par le malade à la contagion initiale, à la naissance du chancre axillaire et à l'explosion des accidents généraux, sont en rapport précis avec l'évolution normale de la syphilis: Roséole apparue vers les premiers jours de décembre. Sept à huit semaines auparavant, début de la lésion axillaire; trois à quatre semaines auparavant, contact suspect. Tout cela répond chronologiquement avec une exactitude parfaite à l'évolution classique de la syphilis.

D'où il suit, par tout un ensemble de raisons qui se confirment les unes les autres, que la syphilis de ce malade est issue bel et bien d'un chancre axillaire, et que la lésion retrouvée par moi dans l'aisselle a été, sans le moindre doute possible, l'accident initial de cette contamination singulière.

## Syphilis ou dermatonévrose syphiloïde?

Par L. JACQUET

Aunom de M. Fernet, médecin de l'hôpital Beaujon, et au mien, j'ai l'honneur de vous présenter une malade dont l'éruption fort banale en apparence nous laisse fort perplexes.

Comme vous pouvez voir, tout semble indiquer qu'il s'agit là d'une syphilide en voie de disparition. Il y a vingt jours encore vous eussiez pu constater une roséole entremêlée de quelques éléments squameux.

Il est inutile de décrire longuement cette éruption, qui par ses caractères morphologiques, son siège, rappelle de fort près l'éruption secondaire si connue. Notez en particulier l'aspect tacheté, tigré de la paume des mains, l'état des flancs, des lombes, etc.

Pour toute une série de raisons cependant, nous avons, après des

examens répétés et sévères, cru pouvoir exclure la syphilis.

En effet, quoique l'éruption date déjà de près de trois mois, il n'y a aucun autre vestige d'infection syphilitique, aucun malaise, nulle céphalée; les muqueuses sont absolument saines, etc.; il existe à la vérité une petite glande lymphatique appréciable au doigt à la partie latérale gauche du cou, mais la malade se la connaît depuis un temps fort long déjà et bien antérieur à l'éruption.

D'autre part, vus isolément et minutieusement scrutés, les éléments éruptifs ne laissent pas que d'être un peu spécialisés. Certains d'entre eux, il est vrai, correspondent bien exactement à la roséole vulgaire, mais beaucoup ont un aspect irritatif particulier, sont parsemés de fines craquelures, avec, çà et là, de minuscules croûtelles: voyez notamment au poignet gauche quelques-uns de ces éléments éclos d'hier.

C'est qu'en effet, cette éruption s'est faite par poussées successives (la dernière remonte à une quinzaine de jours), précédées et accompagnées de vives démangeaisons et de grattage. Ce prurit a d'ailleurs survécu à l'éruption qui, vous le voyez, est en voie d'extinction et n'existera bientôt plus qu'à l'état de macules pigmentées.

Mais c'est l'histoire de notre malade et les renseignements fort nets qu'elle nous fournit qui nous ont surtout déterminés à mettre la syphilis en doute et à pencher vers une interprétation diagnostique

toute différente.

En premier lieu cette femme, dûment stylée et catéchisée, bien prévenue des conséquences graves de ses négations, très désireuse d'être éclairée sur sa maladie et appelant d'elle-même une sérieuse enquête, cette femme, disons-nous, affirme de la façon la plus catégorique, n'avoir eu aucune relation sexuelle depuis trois ans. Sa sincérité paraît complète et se trouve d'ailleurs corroborée par un détail

tout particulier qu'on lira tout à l'heure. Du reste il n'y a, bien entendu, aucune raison valable pour supposer ici une infection extra-génitale.

En second lieu, voici le saississant ensemble de circonstances qui a vu naître sa dermatose: il y a trois mois environ, obsédée depuis plusieurs jours des assiduités déplaisantes d'un personnage qui la pressait de « se mettre en ménage avec lui », elle se décida à le mettre à la porte; d'où une scène très vive suivie d'une violente crise de ners avec perte de connaissance. Le lendemain, malaise et série de deux ou trois crises de moindre intensité. Alors, se trouvant « le sang en mouvement », elle résolut de se purger et demanda des pilules à un pharmacien. On lui en remit une trentaine dont elle devait prendre deux par jour, mais que par suite d'un malentendu elle avala d'un coup, sans effet purgatif d'ailleurs et sans aucun résultat.

C'est le jour suivant, surlendemain de sa grande crise nerveuse, qu'apparurent les premières démangeaisons et qu'elle constata sur le ventre et la poitrine les premiers vestiges de l'éruption qui en quelques jours fut à son maximum.

Notez maintenant que cette femme est de souche notoirement nerveuse et arthritique, qu'elle est elle-même entachée d'éthylisme et surtout de caféisme (trois verres de café par jour); notez encore qu'elle se trouve à l'époque de la ménopause et que son éruption coïncidait avec le moment présumé de ses règles, absentes depuis trois mois, et peut-être vous demanderez-vous comme nous si, en dépit du trompe-l'œil spécifique de son éruption, il ne convient pas d'écarter ici la syphilis. Et cela fait, nous vous proposerons de considérer cette dermatose comme un produit complexe auquel ont pu concourir à des titres divers:

Le traumatisme moral;

L'intoxication (les pilules étaient vraisemblablement à base d'aloès): Le neuro-arthritisme originel aggravé par les abus de café et d'alcool;

La ménopause enfin, avec les tendances aux hyperhémies vasomotrices qu'elle comporte.

Cet exanthème serait donc en fin de compte, ainsi sans doute que beaucoup d'autres, une véritable résultante, née sous l'influence de plusieurs facteurs étiologiques au premier rang desquels nous mettrions volontiers le choc moral, et le neuro-arthritisme.

En vous demandant d'ajouter un nouveau chapitre à l'histoire des fausses syphilis nous ne nous dissimulons pas d'ailleurs l'extrême ambiguïté du cas, et nous tenons avant tout et surtout à provoquer la discussion et à recueillir l'avis des membres de cette assemblée.

MM. DU CASTEL et FOURNIER déclarent qu'en présence de cette éruption,

il leur est impossible de ne pas, malgré l'absence du chancre, diagnostiquer la syphilis.

- M. JULLIEN est du même avis, il propose d'intervenir par le traitement spécifique et de se baser sur ses effets pour le diagnostic.
- M. Fournier préfère s'abstenir et attendre; s'il s'agit de syphilis, d'ici à un mois, il y aura quelque lésion, quelque érosion, quelque plaque muqueuse caractéristique ; il sera alors temps de commencer le traitement spécifique. En se plaçant au point de vue de la déontologie médicale, c'est ainsi qu'il faudrait agir suivant lui en cas semblable.
- M. E. Besnier. C'est du reste la conclusion à laquelle nous étions arrivés, M. Fernet et moi dans le cas présent.
- M. JULLIEN insiste sur la difficulté qu'il y a à reconnaître un chancre infectant du col de l'utérus; ce peut être une érosion qui ne dure que quelques jours.
- M. Fournier. L'absence du chancre ne m'empêche pas de poser le diagnostic de syphilis secondaire dans un cas semblable. C'est réellement à se demander quelquefois, si le chancre est toujours la lésion initiale, obligatoire de la syphilis, et si l'infection ne pénètre pas quelquefois dans l'organisme sans effraction appréciable.
- M. Moty. L'opinion exprimée par la voix si autorisée de M. Fournier nous paraît avoir une grande importance ; je possède moi-même plusieurs observations de syphilis dont il n'a pas été possible de déterminer la porte d'entrée et deux faits de syphilis consécutive à une uréthrite sans nodosité du canal pouvant faire penser à un chancre.

Le premier est celui d'un de mes amis et camarade d'études actuellement établi en province; il remonte à 25 ans, mais j'en ai conservé le souvenir le plus net; il s'observait de fort près et me consultait souvent à titre d'ancien. Au cours de son uréthrite assez grave d'ailleurs, apparut une double adénopathie inguinale suivie plus tard de tous les accidents classiques de la syphilis secondaire.

Le second est celui d'un malade atteint d'uréthrite en septembre 1890, guéri en 35 jours et entré le 31 décembre au Val-de-Grâce pour des plaques muqueuses de l'anus; la roséole a passé inaperçue, mais l'aspect des lésions et les effets du traitement fixent le diagnostic; le malade sort le 28 janvier avec les instructions nécessaires pour son traitement ultérieur,

Dans toute syphilis non congénitale, la nécessité d'une porte d'entrée ne saurait être mise en doute, mais je crois que cette porte peut rester tout à fait latente ou être masquée par une autre lésion, il y a alors contage et infection sans accident primitif proprement dit.

M. JACQUET. - J'ai à peine besoin d'ajouter que cette femme a été examinée avec la plus extrême minutie. D'ailleurs, s'il ne s'était agi ici que de l'absence d'accident initial, nous n'eussions pas même songé à vous montrer cette malade, sachant qu'il est très fréquent de ne pas l'observer chez la femme.

## Varices lymphatiques de la muqueuse buccale.

Par MM. TENNESON et DARIER

La malade que j'ai l'honneur de vous présenter est atteinte d'une affection rare et non décrite. Il s'agit de varices lymphatiques de la muqueuse buccale, formant un semis de pseudo-vésicules fines et transparentes, sans rougeur, sans douleur, sans induration. Cela ne ressemble à rien de connu en dermatologie; et quand la malade est entrée dans mon service, au mois de juillet dernier. il m'a été impossible de faire le diagnostic avec les seuls caractères cliniques de la lésion. Plusieurs de mes collègues et d'autres médecins très compétents en dermatologie n'ont pas été plus heureux que moi. Mais l'examen histologique pratiqué par M. Darier a tranché la question. M. Darier, que je remercie de son précieux concours, vous exposera lui-même les résultats de son examen. Vous trouverez d'autre part dans le Bulletin de la Société, l'observation de la malade, recueillie par mon interne M. Danseux. Je me bornerai donc à appeler votre attention sur les particularités cliniques les plus importantes du fait dont il s'agit.

Notre malade a 19 ans, et depuis l'âge de 7 ans a présenté tous les ans plusieurs érysipèles de la face. Ces érysipèles à répétition ont laissé après eux un œdème chronique, qui est dû évidemment comme les varices de la muqueuse, à un obstacle au cours de la lymphe. Cet obstacle siège-t-il dans les vaisseaux ou dans les ganglions? Un examen anatomique, impraticable dans l'espèce, pourrait seul nous l'apprendre. Quoi qu'il en soit, l'enchaînement des phénomènes est manifeste, et je n'insiste pas. Mais est-il possible de remonter plus haut dans la série morbide? Cette jeune fille est scrofuleuse; en effet elle présente:

- 1º Une surdité incomplète;
- 2º Des malformations dentaires;
- 3º Une exostose médio-palatine;

4° Des cicatrices consécutives à des abcès sur les régions cervicale, claviculaire et sur la face dorsale de la main. Ces abcès se sont produits un an environ avant le premier érysipèle. Ils occupaient seulement le derme et l'hypoderme, car les cicatrices ne sont adhérentes nulle part aux tissus profonds.

Les rapports de l'érysipèle à répétition de la face avec la scrofule ont été signalés depuis longtemps. Nous pensons donc que chez notre malade, comme chez beaucoup d'autres, la scrofule a fourni au streptocoque un terrain favorable à la production des érysipèles, et que la torpeur de ces érysipèles est due aussi au terrain sur lequel ils évoluent.

J'ai dit que notre malade était scrofuleuse; je n'ai pas dit tubercu-

leuse. En effet, il n'existe chez elle aucune tuberculose : les poumons et les os sont sains, la peau est indemne, et les ganglions ne sont tuméfiés nulle part.

La scrofule ancienne a été divisée en trois morceaux. Le premier appartient à la tuberculose; le deuxième à la syphilis héréditaire; et

le troisième reste en l'air.

Le troisième morceau ne possède encore ni caractéristique étiologique ni caractéristique anatomique, mais il comprend un ensemble de réalités cliniques sur lesquelles tous les médecins s'entendent. C'est à la scrofule ainsi restreinte que notre malade appartient.

OBSERVATION, recueillie par M. DANSEUX, interne du service.

B..., Louise, âgée de 19 ans, entrée le 13 juillet 1893 dans le service de M. Tenneson, pour une affection vésiculeuse des lèvres.

Rien de particulier à noter dans ses antécédents familiaux. La malade

a eu des convulsions dans son jeune âge.

Vers l'âge de 7 ans, a commencé pour elle une longue série morbide qui dure encore ; elle a présenté à cette époque des abcès au cou, à la main, à l'épaule; ces abcès ont suppuré pendant près d'un an, et ont été suivis d'un érysipèle double de la face, peu fébrile, qui dura environ un mois.

A partir de ce moment, elle eut presque tous les ans des poussées érysipélateuses (3 à 4 environ par année), limitées à la face et sans grande

réaction fébrile.

Il y a 1 an, elle eut un érysipèle qui s'étendit à tout le côté droit de la face; à cette occasion les lèvres participèrent à l'œdème général et prirent des proportions considérables; lorsqu'elles diminuèrent de volume, la malade s'aperçut qu'elle présentait sur la muqueuse labiale de nombreuses vésicules, s'ouvrant d'elles-mêmes et récidivant sans cesse, sans douleurs du reste.

Etat actuel. — Jeune fille grasse, d'apparence strumeuse.

Léger degré de surdité. Malformations dentaires. Exostose médiopalatine.

Réglée à 14 ans; bien réglée depuis. Les poussées d'érysipèle sont sans rapport avec la menstruation.

Poumons : rien; cœur : rien; urines : rien; troubles digestifs : rien.

Cicatrices d'abcès au cou, près de la clavicule droite, et aux mains.

Œdème chronique hémilatéral droit de la face, surtout marqué à la paupière et à la joue, reliquat de son dernier érysipèle (elle a eu une nouvelle poussée, il y a environ deux mois, dans le service).

Les lèvres sont volumineuses, légèrement renversées au dehors; la portion externe de la muqueuse latérale, en contact avec l'air extérieur, est saine (la malade raconte cependant qu'au début de son affection elle a eu là aussi des vésicules, celles-ci s'étendant jusqu'aux limites de la

La portion interne de la lèvre inférieure est plus pâle, bleuâtre; elle est semée de vésicules de volume variable, allant de celui d'une pointe à celui d'une tête d'épingle; quelques-unes sont plus considérables, formées par la confluence d'éléments voisins.

Ces vésicules sont transparentes; en les détaillant, on voit qu'elles sont enchâssées dans la muqueuse, à une profondeur assez considérable.

Pas de rougeur autour d'elles.

Certaines ont une teinte plus opaque, plus louche, mais ce changement de coloration n'est pas dû à une modification de leur contenu, mais seulement à une altération de la pellicule qui les recouvre. Ces vésicules crèvent spontanément; il en résulte une légère exulcération qui disparaît peu à peu, sans faire éprouver la moindre douleur à la malade. Là où les vésicules sont confluentes, leur paroi forme, après l'évacuation du contenu, des lamelles épithéliales d'un blanc laiteux, en partie décollées, en partie adhérentes et semblables à de fausses membranes.

Ces vésicules sont très abondantes sur la lèvre inférieure et à travers la muqueuse bleuâtre et amincie, on en aperçoit d'autres en voie de formation.

La lèvre supérieure en présente également à sa partie interne, mais en moins grand nombre.

Enfin on en trouve également sur la muqueuse des joues, surtout au niveau de l'intervalle des dents.

Pas d'engorgement ganglionnaire perceptible au cou.

# Examen histologique, par J. Darier.

M. Tenneson a eu la grande obligeance, et je l'en remercie ici, de me permettre d'examiner cette malade et de pratiquer sur elle une biopsie destinée à éclairer le diagnostic.

A l'examen clinique, il m'a paru évident que l'on devait éliminer toute hypothèse d'une vésiculation intra-épithéliale. Les pseudo-vésicules étaient manifestement développées plus profondément, dans le derme de la muqueuse; on ne pouvait donc songer qu'à des kystes glandulaires ou à des cavités d'origine vasculaire. Je me suis, à tort, rattaché provisoirement au premier de ces diagnostics en raison des renseignements fournis sur l'évolution de la maladie, et en raison du siège des productions morbides qui occupaient exclusivement la région où les glandules muqueuses sont nombreuses et bien développées. Pourtant on n'avait pas au palper la sensation de grains durs qu'auraient donnée des kystes.

J'ai excisé, sur la face interne de la lèvre inférieure de cette malade, un petit lambeau de muqueuse comprenant 3 ou 4 petites pseudo-vésicules, dont la plus grosse paraissait avoir à peine les dimensions d'un grain de millet. Durcissement à l'alcool, inclusion à la paraffine; les coupes ont été montées en série et collées sur la lame de verre pour éviter la chute du contenu des cavités; colorations par divers réactifs.

A l'examen des coupes, on reconnaît d'emblée que les cavités pathologiques siègent dans la portion sous-papillaire du derme. L'épithélium et les papilles sont soulevés et passent au-dessus d'elles. L'épithélium n'est aucunement modifié et présente les caractères qu'il a normalement dans la bouche. Les papilles ont, les unes leurs dimensions ordinaires, les autres une longueur ou une largeur très exagérées; ces dernières, dont je parlerai plus bas, contiennent une cavité vasculaire dilatée.

Les cavités principales paraissent donc développées dans ce que l'on appelle « le corps papillaire du derme », c'est-à-dire dans sa portion supérieure où sont les plexus nerveux et vasculaires, sanguin et lymphatique. Leur forme est généralement arrondie ou ovalaire; elles offrent par places des prolongements en boudin. Les cavités les plus grandes correspondent à la base de 4 ou 5 papilles, les plus petites à 2 papilles ou sont même manifestement développées dans une seule papille qui dès lors est plus ou moins élargie. Assez souvent deux cavités de dimension moyenne paraissent séparées par une cloison qu'on ne retrouve plus sur la coupe voisine. Il s'agit donc, non de kystes, mais de cavités ampullaires communiquant entre elles et formant par places une sorte de tissu caverneux. Tout autour des cavités se voient de très nombreux petits canaux cylindriques, coupés transversalement ou obliquement.

La surface interne des cavités, grandes ou petites, est tapissée par un endothélium continu très mince, qu'un fort grossissement permet de reconnaître pour ainsi dire partout. En dehors de cet endothélium, il n'y a pas de paroi propre à ces cavités; autour des plus grandes, il y a du tissu conjonctif qui paraît un peu condensé, mais autour des moyennes et des petites, il n'y a certainement ni enveloppe fibreuse ni fibres musculaires, ni réseau élastique spécial. Ces cavités sont creusées en plein tissu conjonctif grêle du corps papillaire; les petits canaux cylindriques qui les

environnent ont exactement la même structure.

Sur quelques coupes passant au voisinage d'un groupe de ces cavités, on voit des papilles un peu allongées dont chacune contient au centre un de ces canaux terminé en cul-de-sac. L'aspect est rigoureusement celui que l'on observe sur des coupes de peau ou de muqueuse après injection de lymphatique, sauf qu'ici les canaux semblent vides.

Le contenu des cavités grandes et moyennes est de deux ordres : souvent on voit, rétracté contre un point de la paroi, un petit caillot fibrineux renfermant uniquement des globules blancs; le reste de la cavité contient dans presque toutes ses parties des granulations jaunes ayant tout à fait l'aspect et les caractères chimiques du sang. Jamais les cavités n'en sont complètement remplies.

Il s'agit donc manifestement de cavités vasculaires, dilatées, variqueuses et anastomosées; il restait à se demander s'il s'agissait'd'un angiome

sanguin ou lymphatique?

A cela, l'histologie, montrant le début de la lésion par la dilatation simple du cul-de-sac lymphatique de papille, montrant l'absence de paroi propre, l'identité de structure des cavités avec les petits canaux manifestement lymphatiques, permet de répondre que ce sont des cavités lymphatiques. Si, à côté du caillot de lymphe, les cavités contiennent du sang, c'est qu'il a été introduit au moment de l'incision du petit lambeau. Dans des cas analogues de lymphangisme, étudiés par biopsie, j'ai toujours vu le même accident se produire.

D'ailleurs la clinique et l'expérience donnent des preuves bien plus frappantes. Les pseudo-vésicules examinées à l'œil nu paraissent transparentes et non noires ou rouges. Si on vient à piquer avec une lancette une des cavités les plus superficielles, on obtient un liquide séreux à peine teinté en jaunâtre. Il s'écoule ainsi non une goutte seulement, comme la fournirait un kyste, mais une seconde, une troisième goutte; j'en ai recueilli une quinzaine, ou une vingtaine à volonté; on pourrait avoir de cette façon et avec un peu de patience, plusieurs centimètres cubes de liquide clair. Cette petite expérience que j'ai répétée devant plusieurs personnes, je crois pouvoir l'exécuter avec le même succès devant la Société de dermatologie.

Dans le liquide on voit au microscope des globules blancs et des globules rouges. La numération à l'aide de la chambre humide graduée de M. Malassez m'a donné les chiffres suivants : 1,000 à 1,200 globules blancs et 4,000 à 5,000 globules rouges par millimètre cube. C'est donc certainement de la lymphe mélée d'une trace de sang, lequel provient de l'ouverture de quelques capillaires ; il y a 200 fois plus de leucocytes dans ce mélange que s'il s'agissait de sang normal dilué par un liquide dépourvu de globules blancs.

Il importe de mentionner que le tissu conjonctif qui sépare les nombreux canaux lymphatiques dilatés n'est le siège ni d'une néoplasie ni d'altérations bien appréciables. Les cellules fines y sont certainement plus nombreuses que d'ordinaire, mais elles ne m'ont paru ni granuleuses ni en dégénérescence comme il arrive dans l'œdème; il n'y a des cellules migratrices un peu abondantes qu'autour de certains vaisseaux sanguins. Enfin, les espaces interfibrillaires du tissu conjonctif ne sont pas dilatés. On ne trouve donc de traces ni d'un œdème coïncidant avec l'état variqueux des lymphatiques, ni de sclérose, ni d'inflammation aiguë. Le tassement du tissu conjonctif, une irritation chronique légère ou même les tentatives thérapeutiques récentes peuvent suffire à expliquer la richesse cellulaire relative que j'ai signalée.

Pour terminer j'ajouterai que j'ai soumis un certain nombre de coupes aux méthodes de coloration spéciales pour la recherche des microbes. Je n'ai trouvé des micro-organismes que dans les couches les plus superficielles de l'épithélium; aucun dans les cavités lymphatiques ni dans leur voisinage.

En résumé, il s'agit de dilatations des vaisseaux lymphatiques superficiels de la muqueuse, de véritables varices lymphatiques sans autre modification locale importante. Si l'on considère que cette lésion s'est développée chez une jeune fille qui a eu d'innombrables érysipèles récidivants de la face; qu'elle a coïncidé avec les premières poussées du mal; que la malade porte d'autre part un cedème lymphatique chronique, un véritable éléphantiasis de la joue et notamment de la paupière intérieure droite, on sera conduit à admettre avec nous que les varices lymphatiques et l'cedème sont vraisemblablement d'origine mécanique; ils doivent reconnaître pour cause une oblitération ou plutôt un rétrécissement des voies d'écoulement de la lymphe, un nœud de lymphangite oblitérante ou plus vraisemblablement une sclérose des ganglions lymphatiques sous l'influence des érysipèles répétés.

On peut se demander, au point de vue du traitement que réclame cette affection, si l'on doit se contenter de provoquer la thrombose et l'oblitération de vaisseaux lymphatiques dilatés, à l'aide de l'électrolyse par exemple; ou si l'on ne serait pas en droit d'extirper quelques-uns des ganglions sous-maxillaires qu'on peut soupconner sclérosés, dans l'espoir de voir se former des voies de dérivation à la lymphe accumulée au-dessus d'eux.

- M. Fournier. M. Tenneson a-t-il pensé à l'hérédo-syphilis chez sa malade et en a-t-il recherché les signes? Ce cas est intéressant en tout cas parce que, il y a quelques années, il eût pris place dans le chaos des leucoplasies buccales. Il note en effet, çà et là, dans la couche, après l'affaissement des vésicules, des plaques blanchâtres d'aspect leucoplasique.
- M. Tenneson. Nous devions penser et nous avons pensé à l'hérédosyphilis chez cette jeune fille, mais nous n'avons rien trouvé qui confirmât cette hypothèse.
- M. Du Castel. Les idées émises par M. Darier sur une oblitération des ganglions ou des vaisseaux lymphatiques sont-elles purement théoriques ou reposent-elles sur une constatation directe.
  - M. Darier. Ce ne sont que des hypothèses.
- M. E. Besnier. De même que les érysipèles à répétition, les adénopathies géantes de toutes les loges de la région cervicale sont d'une extrême fréquence; et cependant rien n'est plus rare, dans ces cas, que la coexistence de varices lymphatiques. Cette constatation suffit pour faire supposer qu'il faut, pour la production de ces varices, des conditions particulières et spéciales dont la notion est encore assez vague. La suite et la fin de l'observation si remarquable qui vient de nous être communiquée sera donc du plus grand intérêt.

# Albuminurie syphilitique et chancre de l'abdomen.

Par M. PAUL GASTOU

La néphrite syphilitique est définitivement admise et les observations abondent de mal de Bright apparaissant dans les périodes secondaire et tertiaire de la syphilis.

L'observation suivante est un type de néphrite secondaire précoce; elle présente en outre ce fait intéressant qu'elle a accompagné un chancre abdominal en cours d'évolution.

Le nommé D..., boutonnier, âgé de 47 ans, est entré le 28 novembre 1893 dans le service du professeur Fournier, pour un chancre géant de l'abdomen, diagnostiqué par M. le Dr Brocq qui a envoyé le malade.

Ce chancre a débuté il y a 4 mois dans les conditions suivantes : le

malade, couvert de phthiriase, couchait dans un hôtel meublé et avait une légère ulcération provoquée par le grattage d'une vésico-pustule.

Cette exulcération, située environ à 2 centim. au-dessus et à gauche de l'ombilic, s'enflamma, et bientôt à sa place se développa une ulcération.

Cette ulcération, à l'entrée du malade dans le service, offrait une forme elliptique, de 6 centim. de long sur 4 de large. Le fond était constitué par des bourgeons charnus, de couleur framboisée et saignant au moindre contact; les bords étaient surélevés, durs, à pic et l'ulcération prise entre deux doigts donnait une sensation manifeste d'induration.

Les ganglions axillaires, surtout à gauche, étaient indurés et présentaient manifestement les caractères d'une adénite syphilitique.

Au premier abord ce chancre, à cause de ses dimensions considérables, pouvait conduire à une erreur de diagnostic; mais la présence de l'adénite révélatrice, bientôt suivie de l'apparition d'une roséole, vint montrer qu'il s'agissait bien d'un chancre syphilitique.

En même temps que la roséole apparaissait, les urines devenaient troubles, rouges et rares. Sans autres phénomènes, une anasarque généralisée se montra du jour au lendemain, ne respectant que la face et produisant, en même temps qu'une légère ascite, un épanchement séreux peu abondant dans les deux plèvres.

Les urines examinées contenaient 1 gr. 57 d'albumine par litre, et quelques rares cylindres granuleux.

Pas de céphalalgie, pas de troubles digestifs ou respiratoires.

L'œdème était surtout accentué aux jambes. Pas de congestion ni d'œdème pulmonaire; pas de bruit de galop, ni de petits signes de brightisme. Rien au foie,

Il était hors de doute qu'on se trouvait en présence d'une maladie rénale survenue brusquement. La syphilis était-elle cause de cette maladie ?

Le malade n'avait jamais eu d'accidents analogues.

Rien à signaler dans sa jeunesse, si ce n'est une orchite blennorhagique et une attaque légère de rhumatisme. Il eut l'influenza il y a 4 ans et s'en remit parfaitement.

Il a toujours bu beaucoup d'alcool, sans présenter actuellement aucune trace d'éthylisme. Soigné à l'Hôtel-Dieu à la consultation externe, on lui mit du Vigo sur son chancre. Quinze jours après cette application de Vigo, il eut des urines rares et troubles, sans autres phénomènes, mais cela ne dura pas.

Depuis qu'il est dans le service du professeur Fournier, il a pris pendant quelques jours (4 à 5 jours) des pilules de Dupuytren. La veille du jour où il s'est mis à ensler, il avait pris un bain tiède.

Les antécédents héréditaires de ce malade ne présentent pas grand intérêt. Son père est mort d'une attaque d'apoplexie à 67 ans; sa mère a 78 ans et a eu 5 enfants, dont le malade est le 1er; le 2e enfant est mort de convulsions à 3 ans; le 3e est une fille, vivante et bien portante; le 4e, une fille, a vécu 3 semaines, et la 5e vit et se porte bien.

En résumé, deux points se dégagent de l'histoire de ce malade : 1° Le chancre; 2° l'albuminurie.

Le chancre est probablement le résultat d'une contagion par les draps. Des faits analogues existent et le virus syphilitique a probablement pénétré par la vésico-pustule.

L'albuminurie est due à une néphrite que démontrent la présence

de l'albumine et les cylindres granuleux.

Cette néphrite n'est pas une néphrite a frigore, le malade n'ayant pas été soumis à une réfrigération capable de créer le mal de Bright.

Ce n'est pas non plus une congestion rénale due à l'absorption du mercure: le malade a été soumis pendant trop peu de temps au

traitement mercuriel avant l'apparition de l'albuminurie.

Les arguments en faveur d'une néphrite secondaire précoce sont au contraire nombreux : 1º la contemporanéité du chancre, de la roséole, de l'albuminurie et des œdèmes ; 2º l'absence de tout accident rénal antérieur; 3º la bonne influence du traitement ioduré amenant une amélioration rapide des symptômes : en effet sous l'influence du régime lacté et d'une dose quotidienne de 3 grammes d'iodure de potassium, les œdèmes disparaissent et la quantité d'albumine tombe de 1 gr. 37 à 30 centigr. par litre.

Ces trois considérations capitales font porter le diagnostic de néphrite secondaire précoce, la néphrite syphilitique n'ayant, dans son évolution, aucun signe caractéristique pouvant la différencier d'une néphrite d'origine infectieuse quelconque.

M. Fournier. - Les albuminuries syphilitiques précoces secondaires sont probablement beaucoup plus fréquentes qu'on ne le croyait autrefois, car depuis quelque temps nous en avons observé toute une série de cas dans le service.

M. Brocq. - Lorsque ce malade s'est présenté à moi à la consultation de l'hôpital La Rochefoucauld, il portait sur l'abdomen une lésion ulcéreuse si étendue que ce n'est qu'après avoir beaucoup hésité que j'ai reconnu là un chancre syphilitique : je n'en avais jamais vu de si grand.

M. DU CASTEL. - L'abdomen est une des régions où le chancre induré prend le plus volontiers des dimensions excessives.

M. Fournier. — Ce malade, qui déclare n'avoir pas eu de rapports sexuels depuis dix ans, croit avoir pris son chancre en couchant dans des draps de lit sales, dans les hôtels de dernier ordre où l'a conduit la misère.

## Syphilide papuleuse de la conjonctive.

Par le Dr TERSON

B..., Émile, 31 ans, laveur de machines, entré le 25 novembre 1893, salle Saint-Louis, nº 37.

ANN. DE DERMAT. - 3º ste, T. IV.

Antécédents. - Bonne santé générale ; pas de maladies antérieures aux yeux ; pas de blennorrhagie.

Chancre phagédénique balano-préputial ayant débuté au commencement d'octobre. S'est très mal soigné chez lui; s'est borné à saupoudrer le chancre avec du calomel.

Depuis son entrée, frictions mercurielles (4 gr.) et pansements iodoformés.

Plus de huit jours avant son entrée à l'hôpital, le malade a commencé à avoir une éruption papuleuse au front, sur le cuir chevelu et sur la poitrine.

Dès son entrée à la salle Saint-Louis, le malade a ressenti des douleurs sourdes dans l'œil droit; et, en deux ou trois jours, la vision s'est assez obscurcie de ce côté pour l'empêcher de reconnaître une personne à 1 mètre de distance. De plus, les paupières et la conjonctive ont rougi et se sont gonflées. Deux ou trois jours après, la conjonctive de l'æil gauche a également rougi, mais la vision est restée normale de ce côté. Je pratique

l'examen des yeux, le mercredi 6 décembre.

Œil droit. Pupille resserrée et immobile. L'éclairage oblique permet de reconnaître la présence de dépôts pigmentaires et d'exsudats plastiques, résultant d'une iritis, sur la capsule antérieure du cristallin. L'instillation d'atropine donne un état de dilatation irrégulière de la pupille qui reste anguleuse. Il y a un cercle périkératique qui corrobore les autres symptômes d'iritis. La vision est assez défectueuse pour que la lecture du titre d'un journal soit seule possible. Le cul-de-sac inférieur et la conjonctive bulbaire sont ædématiés, avec coloration rougeâtre plus marquée sur certains points. Il est infiniment probable qu'il y a eu une éruption conjonctivale coexistant avec l'iritis, mais bien distincte de la vascularisation spéciale qu'affecte la conjonctive dans cette maladie: cette éruption est à son déclin, mais l'autre œil, qui en est atteint, offre le tableau de cette complication, à sa période d'état.

Œil gauche. Pupille mobile, intacte; acuité visuelle normale. Les paupières sont moins œdématiées que du côté opposé. Quand on engage le malade à regarder fortement en haut et en dedans, on voit nettement une large saillie rougeatre, très colorée, siégeant sur la conjonctive bulbaire, en dehors et en bas, au point où elle rejoint le cul-de-sac inférieur. En dedans et en bas, il reste encore une tache rougeâtre, mais sans saillie, qui est probablement le reste d'une production semblable à celle qu'on observe en bas et en dehors. Tout le cul-de-sac inférieur est rouge et

assez fortement infiltré. Pas de cercle périkératique.

La saillie rougeâtre en question se laisse un peu déprimer : elle a une consistance assez mollasse, et se déplace avec la conjonctive.

Le mercredi 13 décembre, j'examine de nouveau le malade.

La pupille droite, siège de l'iritis, s'est largement dilatée par l'atropine, en abandonnant sur le cristallin de nombreux dépôts de pigment : la teinte de la conjonctive de ce côté est devenue presque normale : très léger degré de vascularisation un peu exagérée, au niveau du limbe et dans le culde-sac inférieur.

A gauche, il ne reste de l'éruption conjonctivale qu'une petite tache vasculaire roussâtre sur la conjonctive bulbaire inféro-externe, à la place exacte qu'occupait l'éruption primitive : aucune cicatrice : il n'y a du reste eu aucune ulcération.

Le diagnostic de papules conjonctivales survenues des deux côtés, et coexistant d'un seul côté avec une iritis syphilitique, s'impose en toute évidence.

L'absence de sécrétion, la localisation de l'éruption, ne permettaient de la confondre avec aucune conjonctivite.

La conjonctivite phlycténulaire qui s'en rapprocherait le plus, siège presque toujours au niveau du limbe, et s'accompagne de photophobie et d'un état d'inflammation aiguë beaucoup plus accentuée.

La conjonctivite séro-vasculaire due à la blennorrhagie ne ressemble pas à notre cas, étant données ici les localisations spéciales de la vascu-

larisation et l'absence de blennorrhagie.

L'épisclérite syphilitique, affection rare, mais actuellement bien classée, ne se développe guère qu'à la période gommeuse, et se distingue du cas précédent, en ce qu'elle adhère assez fortement au plan sous-jacent sclérotical, tandis que notre éruption se déplaçait parfaitement avec la conjonctive, sous la pression du doigt. De plus, l'évolution en est notablement moins rapide.

Quant aux détails cliniques de l'observation, on sait que les papules conjonctivales coexistent presque toujours avec des papules cutanées. Dans notre cas, l'iritis concomitante unilatérale, et située du côté où la lésion conjonctivale a été la moins typique, est à noter.

Un certain nombre de cas d'éruptions conjonctivales papuleuses secon-

daires, ont été signalés par Sichel, Lang, Bosma, et d'autres.

M. Fournier en possède une reproduction (Musée de St-Louis, nº 45, coll. Fournier) : il s'agit d'une papule de la conjonctive bulbaire supérieure, presque boutonneuse, bien plus limitée que chez notre malade, et coexistant avec l'éruption cutanée.

(L'obligation de présenter le malade le plus tôt possible, à cause de la régression si rapide de l'affection, a empêché le Dr Terson de rassembler à cette occasion les cas publiés et d'en tirer des conclusions cliniques, qui seront consignées par lui dans un travail ultérieur sur ces curieuses et rares éruptions conjonctivales secondaires.)

#### Pelade et vitiligo.

#### Par M. H. FEULARD

Voici la petite malade que j'ai eu l'honneur de vous présenter une première fois l'année dernière (7 juillet 1892, v. Bulletin de 1892, p. 374) avec son cuir chevelu complètement dépourvu de cheveux, et une deuxième fois au commencement de cette année (séance du 12 janvier, Bulletin 1893, p. 23) déjà en pleine guérison. Celle-ci n'a fait depuis que s'accentuer et vous voyez l'opulente chevelure dont est actuellement orné le cuir chevelu de ma malade. Les cheveux descendent sur le cou et tombent jusqu'aux épaules. La repousse est complète sur toute l'étendue du cuir chevelu, les cheveux sont très solides: au milieu de cette masse de cheveux blonds on voit de nombreux fils argentés, cheveux blancs, qui sont restés tels depuis la repousse et qui ne sont pas, comme je l'ai fait déjà remarquer en janvier, des cheveux blancs de repousse peladique, mais des cheveux blancs vitiligineux; on se rappelle que la tête de cette jeune fille était parsemée de milliers de petites taches de vitiligo très faciles à voir quand la pelade avait dépouillé totalement le cuir chevelu. Le vitiligo du corps n'a pas bougé. La marche suivie par la maladie confirme l'opinion que j'avais émise que dans ce cas particulier la pelade était une pelade commune, indépendante du vitiligo.

# Du chancre oculaire, et de son diagnostic avec les ulcères gommeux syphilitiques.

#### Par M. GALEZOWSKI

Le chancre oculaire est aujourd'hui bien connu, grâce aux recherches de nos éminents maîtres, et depuis surtout que le professeur Fournier a donné la symptomatologie détaillée, propre à cette affection. Je crois pouvoir dire, qu'en ce qui me concerne, j'ai contribué aussi, jusqu'à un certain degré, à la description plus complète de certains de ses symptômes. Néanmoins, comme cette maladie se rencontre en général rarement, il est bon de connaître chacune de ses variétés et de l'étudier comparativement avec d'autres ulcères analogues et notamment avec les gommes syphilitiques ulcérées des paupières, c'est ce que je me propose d'exposer devant vous aujourd'hui.

Je vous apporte, Messieurs, trois observations d'ulcères syphilitiques oculaires dont deux sont des chancres palpébraux, et le troisième est une gomme ulcérée. Les trois cas se sont rencontrés dans trois années différentes et en proportion suivante:

Depuis le 1er janvier 1891, jusqu'au 1er décembre 1893, mes registres portent 4,993 maladies différentes des yeux, et sur ce nombre nous n'avons eu que deux chancres et un ulcère gommeux de la paupière.

Si on veut établir une statistique des chancres et ulcères palpébraux par rapport aux autres affections syphilitiques des yeux, on trouvera là des renseignements encore plus intéressants et plus utiles à retenir.

Je ne prends ici bien entendu pour établir ce tableau statistique que les malades des trois années dans lesquelles se sont rencontrés ces chancres. Tableau statistique des différentes affections syphilitiques oculaires établi d'après mes registres particuliers, depuis le 1er janvier 1891 jusqu'au 1er décembre 1893.

NOMBRE de malades	Chancres des paupières	Gommes	Kératites	Sclérites	Iritis	Choroidite	Décollement de la rétine	Rétinite hémorrhagique	Névro-rétinite	Atrophie des papilles	3e paire	6 paire	4e paire H	Dacriocystite	Syphylide palpébrale
4.993	2	3	7	2	10	42	1	1	4	31	18	4	2	1	1

Obs. I. - M. G..., ouvrier tailleur, âgé de 38 ans, vint me consulter le 31 octobre 1891 pour une inflammation de la paupière inférieure droite, qui datait de 3 mois. A l'examen, je constate un ulcère, près du point lacrymal, large de 1 centimètre. Les bords de l'ulcère sont durs, saillants ; on constate tout autour de la paupière, une très grande dureté. Cet ulcère s'avance d'avant en arrière vers le côté conjonctival sur une largeur d'un demi-centimètre, et forme un creux sur le bord palpébral, qui est privé de cils. Le point lacrymal est libre, mais il est enflé; la conjonctive du côté de la caroncule et sur le globe très injectée.

Il existe dans l'épaisseur de la peau de la tempe une dureté gommeuse. Près de l'oreille, et au-devant, il existe une glande engorgée très sensible

au toucher.

Le malade souffrant de la gorge depuis plus de six semaines, je constate une très large plaque muqueuse sur l'amygdale droite. Il accuse des élancements à l'aisselle droite, où l'on constate des glandes engorgées.

Le globe de l'œil est rouge, injecté, la cornée et l'iris sont sains, il se plaint tout de même de troubles de la vue de ce côté, qui est dur et garni de petits ulcères.

Obs. II. — Mme S..., âgée de 52 ans, fortement constituée et jamais malade, s'est aperçue en avril 1893 qu'elle avait un petit bouton sur la paupière droite, qui ne la gênait pas et ne lui faisait pas mal. Elle est venue me consulter le 25 juillet.

A l'examen, j'ai constaté une ulcération sur le bord de la paupière, près du point lacrymal, grande de 6 millim. de diamètre, faisant saillie à sa surface et présentant des bords très durs, mais ulcérés et taillés à pic surtout vers le côté externe et s'avançant de préférence vers le côté de la conjonctive. Le globe de l'œil, à la partie inféro-interne, était injecté et cette injection se prolongeait jusqu'au cul-de-sac. Les glandes sous-maxillaires étaient très engorgées du côté droit. La vue est un peu trouble dans l'œil du même côté, ce qui provient d'une légère dilatation et irrégularité de la pupille. En juin dernier, elle dit avoir constaté quelques taches rouges, sur le cou et la poitrine, qui se sont dissipées, dit-elle, après avoir pris un sirop que lui avait ordonné un médecin. Je lui ai prescrit des frictions mercurielles sur les jointures et je l'ai perdue de vue jusqu'au

6 octobre, époque où elle est venue me retrouver, car l'ulcération était très profonde dans la paupière et la sécrétion très abondante. La cornée était atteinte de kératite ponctuée avec iritis. Elle avait supprimé les frictions et prenait des pilules mercurielles sans résultat.

Obs. III. — M<sup>me</sup> Ch..., âgée de 32 ans, est venue me consulter le 20 mai 1892 pour une ulcération de la paupière inférieure droite, dont elle souffrait depuis plusieurs mois. Toute la paupière paraît boursouflée et engorgée, l'ulcère occupe l'angle externe. L'ulcère est à bords à pic, mais pas durs. L'œil est injecté, mais la vue est trouble, par suite d'une kératite ponctuée, d'une iritis avec synéchies postérieures et d'une choroïdite. La malade accuse des accidents syphilitiques, avec éruption sur tout le corps.

Le traitement qu'on lui a fait suivre, pilules mercurielles, iodure de potassium, n'a pas donné de résultat; elle avoue du reste ne pas avoir suivi ce traitement bien exactement. Je lui ai prescrit les frictions mercurielles et les lotions au sublimé. De plus, j'ai touché l'ulcère avec le cyanure d'HG à faible dose.

Ce traitement a donné une grande amélioration et j'ai pu constater vers novembre 1892 une diminution de l'ulcère et la choroïdite syphilitique, avec des dépôts vers l'ora serrata, est moins accentuée, mais le corps vitré est toujours louche, et présente les signes caractéristiques de la choroïdite syphilitique.

On voit, d'après ce tableau et ces observations, que les ulcères syphilitiques primitifs, secondaires ou tertiaires des paupières, constituent une espèce de maladies oculaires relativement assez fréquentes pour qu'on ait besoin d'étudier à fond ces symptômes et d'établir surtout le diagnostic dissérentiel de ces dernières.

Les trois cas dont je vous rapporte ci-dessus les détails m'ont permis d'instituer une symptomatologie différentielle. En effet, ce qui est ici digne de remarque, c'est l'existence simultanée d'altérations du côté de la cornée, de l'iris et de la choroïde dans l'observation n° II, qui a trait à un ulcère gommeux, tandis que l'absence de ces altérations dans les deux autres cas, c'est-à-dire dans les chancres, n'est nullement ici l'effet d'une coïncidence, ni le hasard, mais la conséquence naturelle de la variété de la lésion elle-même.

En effet, tandis que dans les I et III observations, nous avons affaire à des ulcères primitifs, à un chancre infectant, la deuxième observation présente des caractères non douteux d'une ulcération gommeuse tertiaire de la paupière.

Au premier abord, ces deux affections se ressemblent beaucoup: nous y trouvons, en effet, des ulcérations plus ou moins profondes, avec des bords taillés à pic, et bien durs. Mais, tandis que dans les ulcères gommeux la sécrétion est très peu abondante, dans les chancres palpébraux nous avons par moment des sécrétions presque purulentes, à la surface de l'ulcère.

Un autre signe différentiel entre le chancre palpébral et l'ulcère gommeux, c'est le siège qu'il occupe; ce chancre habituellement se développe dans l'angle interne, ce qui a eu lieu justement chez mes deux malades, ainsi que chez ceux que MM. Fournier et Panas et moi-même avons observés. Cela tient évidemment à la sensibilité plus grande de l'angle interne de l'œil où se trouve habituellement l'accumulation des larmes, qui oblige constamment le malade à porter ses doigts à cet endroit ; si à ce moment le doigt avec lequel il frotte le coin de son œil est souillé par du pus vénérien, il l'inoculera forcément dans cet endroit.

Il n'en est pas de même avec l'ulcère gommeuse, qui se développe de préférence plus près de l'angle externe de l'œil, comme cela s'est produit justement chez le malade de l'observation II.

La même remarque a été faite, par le Dr Juler (1) de Londres, dans

son récent volume du traité des maladies des yeux.

Le diagnostic de l'ulcère tertiaire se reconnaît d'autant plus facilement dans ces cas que la paupière est durcie tout entière, et que l'ulcère occupe de préférence l'angle externe, ou, comme dit Juler, il y

a plusieurs ulcères sur la même paupière.

Non moins graves assurément sont tous les désordres que j'aiobservés, du côté du globe de l'œil lui-même, et plus particulièrement de l'iris et de la choroïde. Presque toujours, avec la gomme palpébrale, on trouve une kératite ponctuée, accompagnée d'une ancienne iritis, de choroïdite syphilitique typique avec pigmentation et atrophie choroïdienne de l'ora serrata. Quelquefois j'ai vu aussi simultanément des sclérites gommeuses siégeant sur le trajet des muscles moteurs de l'œil. Cela n'existe presque jamais dans les cas des chancres palpébraux, car l'affection est encore trop récente et n'a pas eu le temps de provoquer des accidents tertiaires.

Pour ce qui concerne le traitement local, il y a peu de différence entre les deux affections, et en général dans ces ulcères, primitifs ou tertiaires, il faut se conformer le plus possible à l'avis de notre éminent maître, le professeur Fournier, qui a posé comme axiome pour le traitement local du chancre en général que : « moins on fait au chancre localement, mieux il s'en trouve, et mieux il guérit ».

Il faut combattre la santé générale et combattre la syphilis constitutionnelle par le traitement approprié, saupoudrer la plaie avec la poudre de calomel et administrer des douches pulvérisées boriquées ou phéniquées sur l'œil ulcéré.

M. Fournier. — Je suis étonné du nombre énorme de choroïdites qui figurent dans le relevé de M. Galezowski. Ce doit être pour nous un ren-

<sup>(1)</sup> JULER. Handbook of ophtalm., 1893, p. 16,

seignement; si nous ne diagnostiquons que beaucoup plus rarement la choroïdite syphilitique, c'est certainement que nous la cherchons mal.

M. Galezowski considère-t-il l'iritis comme un indice de gravité de la syphilis? Pour ma part, j'ai été amené à penser que l'iritis ne se rencontrait le plus souvent que dans les syphilis graves et qu'elle avait ainsi une valeur pronostique trop peu connue.

Pour ce qui est des chancres de la paupière, l'opinion de M. Galezowski confirme ce que nous savions : c'est à la paupière inférieure vers l'angle interne qu'ils siègent de préférence. Cependant ils peuvent s'implanter aussi au beau milieu de la paupière, ainsi que le démontre entre autres l'observation d'un malheureux médecin qui, en examinant une gorge malade, avait reçu un jet de salive sur l'œil.

M. Barthélemy a vu deux chancres syphilitiques des paupières, l'une siégeait au niveau des caroncules, l'autre à la face postérieure et au milieu même de la paupière supérieure. Un troisième cas a été observé dans le service de Fournier et publié par moi dans le journal même de Galezowski en 1880. Le mode de contagion dans ce dernier cas semble avoir été une serviette ou un mouchoir contaminé par un compagnon syphilisé avec lequel le malade cohabita quelque temps. D'après ces 3 trois cas, les chancres de la paupière supérieure ne semblent pas être beaucoup plus rares que ceux des autres régions de l'œil.

Et puisqu'il est question ici des lésions auxquelles la syphilis peut donner lieu sur les paupières, il y a lieu de rappeler un fait qui m'a beaucoup frappé jadis et que je considère comme très rare : il s'agit d'une femme qui était en pleine période secondaire d'une syphilis jusque-là non traitée, et qui fut atteinte d'une infiltration néoplasique syphilitique du bord libre et de la face interne des paupières. La lésion s'étendit bientôt de la conjonctive palpébrale à la conjonctive oculaire qui rougit, s'infiltra, s'épaissit et devint en totalité une sorte de syphilide hypertrophique au centre de laquelle on voyait l'iris intact. Cette affection fut très tenace, elle ne céda qu'au bout de quatre mois et à des doses élevées (0,20 par jour) de protoiodure d'hydrargyre en pilules; mais elle guérit complètement.

M. Souplet a vu aussi un chancre de la paupière supérieure chez une bonne de restaurant que les clients de l'établissement avaient le tort d'embrasser sur les yeux.

M. GALEZOWSKI. — A propos'de l'observation faite par M. le professeur Fournier, au sujet de la grande fréquence des choroïdites, par rapport aux autres affections syphilitiques de l'œil, je ne puis que me ranger à son avis, moi-même ayant été impressionné du nombre considérable de ces cas, lorsque j'ai fait le relevé que je viens de présenter à la Société.

Les affections choroïdiennes se développent lentement et mettent des années à se déclarer dans la région du cercle ciliaire, sans que les malades s'en aperçoivent, et ce n'est que lorsqu'il survient un arrêt dans la nutrition, des ruptures de vaisseaux, des épanchements dans le corps vitré, accompagnés de kératites ponctuées, d'iritis et d'autres lésions, plus ou moins graves, qu'ils viennent nous consulter : je ne saurai donc trop

la

bé

la

tic

to

j'e

po

C

n

p

t

d

1

t

1

t

1

1

insister, comme je l'ai démontré dans une précédente communication, sur la nécessité d'examiner l'ora serrata, même dans les formes les plus bénignes d'iritis, comme celles dont vient de nous parler M. Jacquet, avec la lentille prismatique, qui permettra de découvrir le début des ulcérations. M. Fournier a remarqué en outre que les iritis se rencontrent presque toujours dans la forme grave de la syphilis, je l'ai remarqué aussi, et j'en donne l'explication par les complications qui accompagnent les iritis en général, soit du côté de la cornée, soit du côté du cercle ciliaire; c'est pour cela que je crois indispensable de soumettre mes malades au traitement par les frictions mercurielles pendant deux années.

# Lupus et grossesse, à propos d'un cas de lupus récidivant au cours de treize grossesses.

Par MM, PAUL BAR et GEORGES THIBIERGE.

La malade que nous avons l'honneur de présenter à la Société est une femme de 44 ans, accouchée le 3 décembre dernier, à terme et normalement, dans le service de l'un de nous, à la Maternité de l'hôpital Saint-Louis.

Cette femme a été atteinte à l'âge de 18 ans d'un lupus de la joue gauche. consécutif à l'ouverture d'un foyer tuberculeux ganglionnaire; traitée dans le service de Bazin par les applications de teinture d'iode et d'huile de noix d'acajou, elle en est sortie au bout d'un an, après cicatrisation complète du lupus ; l'étendue de la cicatrice ne s'est pas modifiée depuis lors.

Les lésions cutanées, que n'ont jamais influencées les époques menstruelles, ont été, sous l'action des grossesses et de l'allaitement, le siège de modifications très nettes; dès les premiers mois de la grossesse, la malade voyait apparaître, en un ou plusieurs points variables de la cicatrice, une tache rouge, peu ou pas saillante, qui s'étendait pendant le cours de la grossesse, sans jamais occuper toute l'étendue de la cicatrice; lorsque la malade nourissait un enfant, les lésions persistaient pendant toute la durée de l'allaitement; après l'accouchement, ou après la fin de l'allaitement, les lésions pâlissaient, l'épiderme s'exfoliait et au bout d'un mois environ, ou à peu près au moment où les règles reparaissaient (pendant l'allaitement, cette femme n'a jamais été réglée), ces nodules de nouvelle formation avaient complètement disparu et la cicatrice avait repris son aspect habituel.

Les mêmes phénomènes se sont reproduits constamment et identiquement au cours de treize grossesses, dont voici l'énumération :

1re grossesse à 23 ans. Garçon vivant; n'a pas été nourri par sa mère;

2º à 24 ans. Garçon mort du croup, nourri pendant 1 an;

3e à 25 ans 1/2. Garçon mort du croup, nourri pendant 7 mois;

4º à 28 ans. Garçon vivant, non nourri par sa mère;

5º à 29 ans. Fille morte d'une bronchite à 7 mois, non nourrie par sa mère;

- 6° à 31 ans. Fille morte d'une bronchite à 2 ans et demi, non nourrie par sa mère :
- 7º à 34 ans. Garçon mort d'une hernie étranglée, non nourri par sa mère;
- 8º à 35 ans. Fille vivante, nourrie pendant 2 ans ;
  - 9º à 38 ans. Garçon mort, non nourri par sa mère ;
- 10° à 40 ans. Grossesse gémellaire ; deux garçons morts ; non nourris par la mère ;
- 11º à 41 ans. Garçon, non nourri par la mère;
- 12º à 43 ans. Fausse couche de 3 mois (le lupus a reparu pendant cette grossesse comme pendant celles qui ont été jusqu'à terme);
  - 13e à 44 ans. Fille.

Comme les lésions cutanées apparaissaient et disparaissaient régulièrement à chaque grossesse, la malade ne s'en est pas préoccupée et n'a suivi aucun traitement.

Actuellement, on constate sur la joue gauche une cicatrice de forme irrégulière, s'étendant depuis l'angle de la mâchoire jusqu'au-dessous de l'os malaire et poussant un prolongement antéro-inférieur dans les régions sous-maxillaire et sous-mentale; sa surface est à peine bridée. A sa partie supérieure, on voit un placard de la dimension d'une pièce de 1 franc environ, de forme irrégulière, constitué par la réunion de plusieurs nodules à peine saillants, de coloration rouge jaunâtre et de consistance molle; un de ces nodules est recouvert à son centre d'une croûte jaunâtre et sèche. Un peu au-dessous de ce placard, il en existe un autre d'aspect analogue, mais de moindres dimensions. En quelques points de la cicatrice, on voit de très petits nodules lupiques.

La malade ne présente aucune autre lésion cutanée en activité; il y a seulement lieu de noter, de chaque côté, en arrière de l'angle de la mâchoire, la cicatrice d'une gomme tuberculeuse ganglionnaire remontant à l'enfance.

Ce fait est intéressant en raison de la régularité et de la netteté quasi-expérimentales avec lesquelles les récidives du lupus se sont reproduites au cours de grossesses multiples, pour se continuer pendant l'allaitement et céder spontanément au moment de la réapparition des règles.

Il s'en faut cependant qu'il soit l'expression d'une loi unique régissant constamment les relations du lupus et de la grossesse.

Les auteurs des traités soit d'obstétrique, soit de dermatologie étant muets ou à peu près sur ce point particulier de l'histoire du lupus, il ne sera peut-être pas sans intérêt de résumer brièvement ici les observations que nous avons pu recueillir.

13 femmes atteintes de lupus ont été admises depuis 1889 à la Maternité de l'hôpital Saint-Louis, dans le service de l'un de nous (Bar). Sur ce nombre, 6 n'avaient plus que des cicatrices, et les renseignements obtenus par leur interrogatoire étaient tellement peu précis qu'on ne peut en tenir compte. 7 portaient un lupus en voie

d

q

d

fe

a

e

d

tr

d

15

b

m

m

re

S

d

20

ét

Pa l'a

tr

17

pl

tic

la

pa

in

dé

(e)

dé

c'e

oc

me

d'évolution. De ces 7 malades, 5 ont déclaré que l'affection cutanée dont elles étaient atteintes n'avait pas été modifiée par la grossesse.

Une seule, la nommée Bum..., accouchée le 14 octobre 1890, a déclaré que si, pendant les règles, le lupus paraissait un peu plus enflammé que dans leurs intervalles, la grossesse avait plutôt entravé sa marche. Cette

femme était enceinte pour la première fois.

Une autre malade, la nommée Gan..., accouchée le 30 septembre 1889, a vu, au contraire, le lupus prendre, pendant la grossesse, une marche envahissante. Elle avait été réglée à 14 ans. Le lupus avait débuté à l'âge de 17 ans par le lobule du nez. En 1886, elle vint, âgée de 18 ans, se faire traiter dans le service de M. Hallopeau, qu'elle quitta en mai 1887; à ce moment, elle semblait guérie. Il ne se produisit aucune récidive jusqu'au début de sa grossesse. Les règles parurent pour la dernière fois du 8 au 12 janvier 1889, et dès le commencement de février, elle vit la cicatrice blanchâtre devenir rouge. Pendant les premiers mois de la grossesse, la marche du lupus fut très lente; elle prit une allure rapide à partir du mois de juin, c'est-à-dire du 6º mois de la grossesse. Elle dut alors revenir à Paris où elle fut traitée par M. Quinquaud jusqu'au moment de son accouchement.

Voici, d'autre part, les résultats que nous a fournis l'interrogatoire des malades actuellement en traitement dans le service et à la policlinique de M. Besnier, suppléé par l'un de nous (Thibierge).

L..., 29 ans ; lupus vulgaire du nez ; début à l'âge de 1 an ; mariée à 20 ans; un enfant à 24 ans; à ce moment, les lésions étaient presque éteintes, la malade n'était plus soumise au traitement local et continuait seulement à prendre de l'huile de foie de morue ; pendant la grossesse et l'allaitement, les lésions se sont plutôt améliorées ; l'enfant étant mort à l'âge de 2 mois, la cessation de l'allaitement a été suivie d'une poussée très intense et depuis ce moment le traitement local n'a pu être interrompu.

L..., 50 ans; actuellement lupus vulgaire généralisé de la face ; début à l'âge de 16 ans ; mariée à 22 ans ; à cette époque, le lupus semblait complètement guéri; à 24 ans, premier enfant; pendant la grossesse, apparition d'une ulcération peu étendue, et après l'accouchement extension, pour la première fois, des lésions aux gencives et au nez; les lésions n'étaient pas guéries lorsque, 7 ans plus tard, la malade redevient enceinte; pendant sa grossesse, le lupus ne se modifie pas, mais au bout de 8 mois la malade interrompt l'allaitement parce que le lupus a fait des progrès considérables.

Marie L..., 24 ans; lupus vulgaire du nez et de la joue gauche, ayant débuté à l'âge de 18 ans au niveau de la joue; deux grossesses, à 19 ans (enfant mort de convulsions à 6 mois) et à 20 ans (enfant mort-né); au début de la première grossesse, les lésions lupiques paraissaient guéries, c'est seulement 5 à 6 mois après le 2º accouchement qu'elles ont reparu, occupant le nez.

Victoire M..., 41 ans; lupus vulgaire du nez, lupus éléphantiasique du membre inférieur gauche ; début du lupus du membre inférieur à 18 ans ; se marie à 22 ans; cinq grossesses; pendant les grossesses, le membre diminue de volume, les ulcérations du pied tendent à se réparer; quelques semaines après l'accouchement, le gonflement reparaît et les ulcérations s'étendent de nouveau; dès le début de la 3º grossesse, apparition du lupus sur la muqueuse nasale et quelques semaines après l'accouchement ulcérations sur la pointe du nez et les narines ; au cours de la 4º grossesse, extension des lésions aux joues et à la lèvre supérieure.

Jeanne van B..., 34 ans; lupus vulgaire de la face; début à l'âge de 6 ans; au bout de 6 mois de traitement dans le service de M. Besnier, guérison qui persiste jusqu'à l'âge de 23 ans ; à 23 ans, première grossesse au 4º mois de laquelle il survient une poussée de lupus sur la joue, qui l'oblige à rentrer à l'hôpital où elle reste jusqu'à son accouchement; 15 jours après l'accouchement, elle sort améliorée; son état reste stationnaire pendant 5 ou 6 ans; une grossesse, survenue à l'âge de 25 ans, n'exerce aucune influence sur les lésions cutanées; depuis 3 ou 4 ans, le lupus présente de temps à autre des exacerbations.

L..., 27 ans; lupus vulgaire du nez; début du lupus en 1889, sur la cloison du nez; deux enfants, l'un il y a 7 ans, l'autre il y a 3 ans; a nourri le premier pendant un an; pendant la deuxième grossesse, les lésions, qui n'occupaient encore que les fosses nasales, semblentêtre restées stationnaires; elles ont augmenté sensiblement peu après l'accouchement;

n'a pas nourri le deuxième enfant.

D..., 55 ans ; lupus vulgaire du nez ; début du lupus à l'âge de 16 ans ; depuis l'âge de 18 ans jusqu'à l'âge de 46 ans, les lésions étaient guéries ;

dans cet intervalle, la malade a eu deux grossesses.

Hélène J..., 30 ans ; lupus vulgaire de la joue et de la région sous-maxillaire gauches, consécutif à l'ouverture d'une adénopathie sous-maxillaire ; début du lupus entre 15 et 16 ans ; les lésions n'ont jamais complètement guéri; trois grossesses (18 ans, 20 ans et 23 ans); vers le deuxième ou le troisième mois de chaque grossesse, le lupus subit une aggravation, plus accentuée à la dernière grossesse qu'à la première.

V..., 44 ans; lupus vulgaire de la face; trois grossesses (19 ans, 20 ans, 22 ans); a nourri son dernier enfant pendant 7 mois; à la fin de l'allaitement, elle a vu débuter le lupus qui a disparu complètement pendant 20 ans

pour reparaître il y a 2 ans, au moment de la ménopause.

M..., 39 ans. Lupus érythémateux de la face ; début à l'âge de 14 ans ; deux grossesses, l'une il y a 3 ans, accouchement à terme, l'autre, cette année, terminée par une fausse couche de 6 mois ; pendant la grossesse le lupus n'éprouve aucune modification ; quelques semaines après l'accouchement, amélioration légère.

Berthe..., 32 ans ; lupus érythémateux de la face ; début en 1882 ; 4 grossesses (1886, 1889, 1892, 1893); pendant les grossesses, les lésions s'atténuent; vers le 2º mois qui suit l'accouchement, elles éprouvent une recrudescence intense.

Ces faits montrent qu'on ne saurait résumer par une formule unique l'influence de la grossesse sur le lupus. Tantôt celui-ci reste stationnaire au cours de la grossesse, et persiste encore sans modification

après l'accouchement ou subit alors une aggravation plus ou moins accentuée. Tantôt, dès le début de la grossesse les lésions existantes s'aggravent ou des lésions semblant éteintes depuis longtemps repassent à l'état d'activité, et repullulent encore pendant l'allaitement, puis l'aggravation continue ou bien, dès que les règles reparaissent, la lésion revient à son état antérieur. Parfois encore, pendant toute la durée de la gestation, le lupus s'amende plus ou moins nettement, pour reprendre une nouvelle activité quelques semaines après la fin de la grossesse.

Cette action si variable de la grossesse sur le lupus offre un contraste frappant avec l'influence néfaste qu'elle exerce sur la tuber-culose pulmonaire qui, dans la grande majorité des cas, s'aggrave plus ou moins au cours de la gestation et évolue souvent après l'accouchement avec une effrayante rapidité.

## ÉLECTION

M. Ernest Besnier est élu président de la Société de dermatologie et de syphiligraphie.

La séance est levée.

Le secrétaire,
Albert Mathieu.

## REVUE DES SOCIÉTÉS SAVANTES

## SOCIÉTÉ VIENNOISE DE DERMATOLOGIE

Séance du 19 avril 1893,

Présidence de M. Neumann.

## Lupus de la face traité par les greffes cutanées.

M. Lang présente un jeune homme qu'il a opéré le 7 juin 1892 d'un lupus du côté droit de la face.

Le tissu lupeux fut excisé dans toute son étendue et dans la même séance on appliqua sur la plaie des lambeaux de peau pris sur la cuisse. La dimension des lambeaux n'a pas dépassé beaucoup celle de la surface à couvrir. Lorsque le malade est revenu il y a quelques jours, l'orateur a été étonné de voir les parties recouvertes complètement nivelées, bien que les lambeaux greffés fussent après l'opération à un niveau plus bas de

quelques millimètres que le pourtour.

Mais ce qu'il importe, c'est de savoir si un lupus peut être guéri radicalement de cette manière. Cela semble possible d'après ce cas, pourvu que
les parties lupiques soient excisées assez profondément. Ici il n'y a nulle
part d'efflorescences lupiques, du moins sur la région opérée. Il n'existe
qu'une seule efflorescence ayant son siège en dehors du champ d'opération. Il ne saurait donc être question de récidive. En quelques points on
constate par le toucher la présence d'un tissu un peu plus ferme qui,
selon l'orateur, s'expliquerait de la manière suivante : les fils de ligature
étaient très nombreux, de 40 à 50 environ, les lambeaux furent étendus
par-dessus; quelques fils seulement perçaient pour ainsi dire à travers
l'épiderme et on put les enlever avec la pince. Peut-être l'épaississement
du tissu conjonctif correspond-il à ces fils de ligature.

D'autre part on excisa également dans la même séance une partie lupique au niveau du maxillaire inférieur, les bords furent suturés et la guérison se fit par première intention. Cette cicatrice présente aussi une consistance plus ferme, peut-être y a-t-il là un phénomène dépendant de

l'idiosyncrasie du malade.

#### Lupus de l'oreille moyenne.

M. WAPPNER présente un homme atteint de lupus. L'affection a débuté sur l'aile gauche du nez et s'est étendue au pharynx et à l'oreille moyenne, à la membrane du tympan. Politzer a constaté le lupus dans ces deux dernières régions; il ne se rappelle avoir vu qu'un autre cas en dehors de celui-ci.

#### Lupus érythémateux.

M. Kaposi présente une malade atteinte de lupus érythémateux de la joue droite, du front, avec foyers plus petits sur la joue gauche; une

par en till

est

sèc

voi en

qu

rat

res

inf

lui

to

sé

H

de

rie

SU

ci

le

fo

pa

é

d

la

e

fa

partie est lisse, blanche, cicatricielle, en d'autres points il y a des élevures en partie disséminées, de la grosseur d'une tête d'épingle à celle d'une lentille, en outre des foyers de plusieurs centimètres de large, couverts de squames assez dures, à bords proéminents en quelques points. Le front est tellement infiltré en différents endroits qu'on pourrait hésiter entre un lupus vulgaire et un lupus érythémateux discoïde. Comme dans ce cas les symptômes du lupus érythémateux, notamment le dépôt de masses grasses, sèches, dans la dépression cicatricielle centrale, font défaut, tandis .qu'on voit de belles cicatrices blanches analogues à celles du lupus vulgaire, comme en outre les bords sont plus saillants que d'ordinaire, on comprendrait que quelqu'un prit cette affection pour un lupus vulgaire, surtout en considération des foyers punctiformes et regardât ce cas comme prouvant la parenté avec le lupus érythémateux. L'orateur n'est pas de cet avis : il regarde cette affection comme un lupus érythémateux avec symptômes inflammatoires un peu plus accusés. Tous les autres symptômes du lupus érythémateux sont présents, les lésions des doigts semblables à des engelures, celles qui ont leur siège sur la partie postérieure du cuir chevelu, tout confirme le diagnostic. Les dépôts adipo-squameux, les glandes sébacées dilatées, etc., se voient très bien en particulier sur le cuir chevelu. Il y a en ce moment une nouvelle épidémie de lupus érythémateux.

## Lupus érythémateux.

M. Lang présente une femme portant une lésion de la muqueuse qui a des rapports avec le lupus érythémateux. Au moment de son entrée il n'y avait qu'une sorte d'eschare dans l'angle formé par le maxillaire supérieur avec le maxillaire inférieur, comme s'il y avait eu compression en ce point; mais il n'y a là aucune dent; aujourd'hui la région est infiltrée surtout au bord, avec un reflet bleuâtre, au centre on voit comme une cicatrice.

M. Neumann. — Les cas ordinaires avec dépression des follicules sont les plus clairs pour l'interprétation du processus. Mais dans les points où les glandes sébacées font défaut, ainsi que dans le tissu cicatriciel où les follicules sont déjà détruits, on peut trouver des granulations miliaires ressemblant au lupus vulgaire par la couleur et les autres caractères, par conséquent le processus que Virchow a désigné sous le nom de lupus miliaire.

## Éruptions érythémateuses anormales.

M. Kaposi présente un jeune homme atteint de l'affection suivante: éruptions pâteuses, pâlissant sous la pression du doigt, fermes au toucher, dépassant le niveau de la peau, de la dimension d'une lentille à celle de la paume de la main, ayant leur siège sur la face, les joues, les paupières, la région latérale de la nuque. Ces éruptions ne sont pas très nettement circonscrites, la plaque du front est légèrement croûteuse par suite d'une extravasation séreuse avec chute de l'épiderme. Les autres ont une surface lisse et deviennent plus brillantes au bout de quelque temps, puis rouge bleu sur une grande étendue. Ces éruptions représentent des formes érythémateuses spéciales (on pourrait les dénommer érythème ortié). Mais ce que l'orateur ne s'explique pas, c'est d'abord la grande constance des

érythèmes qui depuis 21 jours ne se sont pas modifiés, ensuite leur reproduction persistante pendant 4 à 5 ans et leur localisation exclusive sur la face et le cou. Ce malade n'aurait jamais rien eu d'analogue aux mains, aux pieds, ni dans les régions articulaires.

On connaît bien des érythèmes récidivants de toutes nuances, combinés avec le purpura rhumatismal et l'herpès iris. Mais alors l'éruption a toujours une marche cyclique et débute constamment sur les pieds et les mains. Il n'a jamais rencontré une semblable localisation. Cela rend le diagnostic difficile. Il a pensé aussi à un lupus érythémateux, en tenant compte des cas qu'il a décrits, mais alors il devrait y avoir au centre une atrophie cicatricielle. Il n'a constaté ni albuminurie ni glycosurie, comme on en observe souvent dans les érythèmes récidivants.

On connaît, il est vrai, chez la femme une forme érythémateuse désignée par Fuchs sous le nom de menokelis, accompagnant des anomalies des fonctions sexuelles. (L'orateur a observé chez une jeune fille de 20 ans non encore réglée la succession régulière de ces formes bosselées sur le front et la face.) Il n'a encore rien rencontré d'analogue chez l'homme. On a affaire ici à un érythème dans lequel y a à relever le caractère des récidives, la persistance de la localisation et de son anomalie.

M. Ehrmann a vu, il y a 6 ans, avec Lustgarten, un cas analogue. Un homme d'environ 50 ans avait des infiltrats livides arciformes, dépassant le niveau de la peau, qui ne récidivèrent pas, mais persistèrent très longtemps. L'orateur et Lustgarten ne regardèrent pas l'affection comme syphilitique et elle ne l'était certainement pas, néanmoins elle a disparu par l'application d'un emplâtre mercuriel et n'est pas revenue.

#### Sclérodermie.

M. Kaposi présente deux femmes atteintes de sclérodermie; chez la première, les plaques sclérosées se sont améliorées sous l'influence du massage et des cures balnéaires. Par contre, la sclérodactylie, les mutilations et contractures augmentent ainsi que les téléangiectasies et pigmentations; les phalangettes sont tuméfiées en forme de baguettes de tambour. Chez l'autre femme, les articulations sont à demi fléchies et les mains raides. Chez ces deux malades il n'y a pas eu d'affection musculaire ni avant ni pendant la maladie. Il y a 3 ans l'orateur a vu un homme qui fut traité pendant un an pour une myosite rhumatismale et chez lequel presque tous les muscles du tronc et des membres étaient envahis; l'absence de sommeil a réduit cet homme à l'état de squelette. Toute la région latérale du thorax est atrophiée. Les douleurs musculaires se sont apaisées, mais la sclérodermie s'étend à tout le corps.

## Acné téléangiectasique.

M. Kaposi présente une femme atteinte d'une affection analogue à l'acné téléangiectasique d'un malade qu'il a montré il y a plusieurs années, mais chez lequel il n'y avait de nodosités que dans la région du bras. L'examen des nodosités a permis de reconnaître un tissu jeune de granulation ayant une grande tendance aux métamorphoses régressives, assez vascularisé, avec cellules géantes. Il a appliqué des pâtes à la résorcine et ensuite des

e

c

la

ta

p

m

ľ

la

d

fo

di

m

ď

01

SI

u

pa

P

l'a

emplâtres. La plus grande partie a disparu en laissant des dépressions cicatricielles humides comme dans l'acné varioliforme, surtout sur le cuir chevelu. Il n'en reste pas moins remarquable que ces manifestations se rencontrent aussi sur les bras et les genoux.

## Carcinome épithélial.

M. Karosi présente une jeune fille de 22 ans, venue à la clinique pour la première fois il y a 7 ans. Elle avait alors un petit nombre de carcinomes épithéliaux. Quand elle fut montrée il y a quelques années à la Société de médecine, ces tumeurs étaient très nombreuses. On en fit successivement l'ablation et de nouvelles tumeurs apparurent sous nos yeux. Elle s'est du reste bien développée. Elle a maintenant une perte de substance un peu plus profonde, avec le même caractère, téléangiectasies, pigmentations en quelques points, de petits nævi. Quant au pronostic, il croît à une terminaison fatale par métastase interne.

#### Lichen ruber acuminé.

M. Kaposi présente une jeune fille ayant un lichen ruber, elle a déjà été montrée deux fois à la Société. Le traitement n'a pas donné de résultat pendant un certain temps, il l'a alors traitée par des injections hypodermiques d'arsenic et aujourd'hui par les pilules asiatiques. La face, le bras et l'épaule du côté gauche sont en même temps soumis à des frictions savonneuses et à l'application de pommades.

Ici aussi le résultat a été nul. L'amélioration ne s'est produite que depuis que la malade prend chaque jour 10 pilules asiatiques.

#### Tuberculose de la langue.

M. Karosi présente enfin deux malades dont l'un est affecté de tuberculose de la langue avec les caractères classiques. L'autre porte à l'extrémité de la langue et sur le bord droit une série de petites ulcérations, à base fortement infiltrée. La muqueuse linguale est rouge, en avant elle a une dureté plus pâteuse; la portion postérieure plus tuméfiée est assez dure.

La commissure labiale gauche est fendillée, entourée de bords légèrement à pic, comprenant de petites ulcérations de la dimension d'une tête

d'épingle.

S'agit-il ici d'une tuberculose de la commissure labiale et de la langue ou d'un carcinome? mais ce ne peut être le cas pour l'ulcère de la commissure; ou encore d'une gomme, l'ulcération de la commissure serait alors une papule exulcérée. La consistance de la partie postérieure n'indique pas un carcinome et l'orateur n'a jamais vu une pareille infiltration accompagnant un ulcère tuberculeux. Il a prescrit en tout cas un traitement antisyphilitique et au bout de trois semaines il y a une amélioration.

M. Neumann serait plutôt d'avis qu'il s'agit d'un carcinome; la dureté, l'absence d'un psoriasis de la muqueuse buccale sembleraient l'indiquer.

## Syphilis du foie.

M. Neumann présente un homme dans un état très avancé de cachexie, perforation de la cloison cartilagineuse du nez, cicatrices consécutives à des gommes cutanées. Presque la moitié de l'abdomen est occupée par une

ANN. DE DERMAT. - 3º Sie. T. IV.

tumeur dure du foie, dont on sent le bord inférieur à 3 ou 4 centim. au-dessus du pli inguinal, qui monte de là obliquement vers la ligne médiane, traverse l'ombilic et présente à droite de ce dernier une incisure assez profonde. La surface est complètement lisse. Hypertrophie de la rate; cylindres et forte proportion d'albumine dans l'urine. En 1878, sclérose; 20 frictions. En 1881, papules, traitement local. En 1887, ostéite du sternum et des côtes, nécrotomie, iodure de potassium. En 1891, gommes cutanées, hépatite syphilitique, 138 gram. d'iodure de potassium.

L'examen du sang montra 50 p. 100 d'hémoglobine ; 3,850,000 globules

rouges et 18,700 globules blancs.

M. Mracek verrait chez ce malade une phase de dégénérescence, probablement amyloïde. Le pronostic est naturellement douteux dans ces états quaternaires.

М. Сенаск. — En 1891, le foie s'élevait déjà à plus de trois travers de doigt au-dessous des côtes, mais l'iodure de potassium a fait diminuer le

foie de deux travers de doigt.

M. MRACER. — Ces tumeurs volumineuses du foie ne sont pas très rares, elles sont encore curables, mais non celles où il y a déjà une affection des veines et une hypertrophie de la rate. La consistance pâteuse et l'état lisse de la surface du foie indiquent une dégénérescence amyloïde.

M. Neumann. — En dehors des gommes il y a d'autres affections syphilitiques du foie, la périhépatite avec épaississement calleux consécutif de la capsule, dans laquelle se trouvent souvent des gommes disséminées, ainsi que l'hépatite interstitielle, telle qu'on la rencontre chez les nouveaunés. Dans le cas actuel, avec une cachexie si grave et un foie si volumineux, il est probable qu'on a affaire à la période dite quaternaire de dégénérescence amyloïde, et celle-ci est certainement liée à la syphilis. Il s'agit probablement de gommes.

## Sclérose gangréno-serpigineuse.

M. Lang. — Voici encore un homme venu le 1° février avec une sclérose gangréneuse, qui est devenue serpigineuse et s'étend pour ainsi dire sous la peau; probablement par la voie d'un vaisseau lymphatique. Douleurs très vives. On a raclé avec la curette la sclérose et le vaisseau, puis cautérisé avec le Paquelin et le nitrate d'argent; on a suturé la portion restante et placé un drain. Il y eut réunion par première intention.

La syphilide n'eut pas la même marche favorable, elle conserva un caractère malin, il survint une iritis et des périostites douloureuses. Les papules devinrent très volumineuses et suppurèrent en beaucoup de points.

L'orateur ne traite pas d'ordinaire ces cas tout d'abord par le mercure. Il donne provisoirement de l'iodure de potassium et de la tisane de salse-pareille; plus tard, quand les malades sont rétablis, il institue une cure mercurielle.

#### Chancre de l'anus et rétention d'urine.

M. Neumann présente une jeune fille avec une sclérose des plis de l'anus et une rétention d'urine; il fut nécessaire de garder la malade pendant 9 jours. L'orateur ne voit dans cette coıncidence qu'un phénomène réflexe.

E

ti

le

m

po ra

C

de

20

pe

0

de

C

En cas de rhagade, de papules exulcérées dans les plis de l'anus, l'affection gagne souvent le sphincter interne et il en résulte de très vives douleurs. Il n'a observé jusqu'à ce jour qu'un seul cas analogue, il s'agissait d'une syphilide maculo-papuleuse. La miction reparaissait au fur et à mesure de la détersion des ulcères.

## Lichen ruber plan du pénis et du scrotum.

M. Lang. — Chez ce malade, cette affection pourrait être facilement prise pour une syphilide serpigineuse en raison de son siège et de sa configuration spéciale. Sur le reste du corps il y a un très petit nombre d'efflorescences à peine accusées. Cet état date de 5 à 6 mois. Il aurait remarqué à cette époque, 8 à 15 jours après un coït, un léger écoulement de l'urèthre. Comme cet écoulement persistait encore au bout de deux semaines, le malade se fit lui-même des injections qui aggravèrent son état. L'urèthre donna une sécrétion spéciale dans laquelle on ne trouvait pas de gonocoques.

Selon l'orateur, il y aurait dans le canal des lésions analogues à celles de la peau. L'uréthroscopie n'a rien fait découvrir de spécial en dehors de quelques points tuméfiés.

M. NEUMANN fait remarquer que les cas qu'il a décrits le premier il y a 20 ans, correspondaient précisément à ces formes du lichen plan.

A. Doyon.

## NEW-YORK DERMATOLOGICAL SOCIETY

225 meeting.

PRÉSIDENCE DU DE ELLIOT

#### Cas de syphilis avec chancre induré de la voûte palatine.

Le D' Monnow présente un malade porteur d'une ulcération de la voûte palatine, un peu à gauche de la ligne médiane, qui s'était développée depuis deux ou trois mois en s'acccompagnant d'une énorme tuméfaction des glandes sous-maxillaires à gauche; ultérieurement parut une syphilide papulo-maculeuse sur le tronc et vers les extrémités.

Les Drs Taylor et Fordyce ne sont pas convaincus de la justesse du diagnostic posé par le Dr Morrow; pour eux la lésion ressemble beaucoup plus à une gomme qu'à un chancre.

## Cas de syphilis insolite.

Le Dr Allen présente un malade qui vint, il y a deux mois environ, à City Hospital avec une lésion qui ressemblait à un chancre simple situé sous le prépuce : le pénis était tuméfié et enflammé. Une incision dorsale permit de découvrir une ulcération sans induration marquée d'aspect phagédénique, et compliquée d'une escharification fort étendue des tissus. On institua un traitement local. Au bout de deux semaines on vit survenir des pustules sur un des côtés de la face et du front; puis elles s'étendirent sur le cou, le dos, la poitrine, et au bout de deux mois sur les extrémités. Comme cette éruption s'accompagna tout d'abord de hautes températures, on crut à une variole et on isola le malade. Mais les pustules donnèrent

bientôt naissance à des ulcérations assez profondes avec perte considérable de tissus : puis elles guérirent en laissant des cicatrices surélevées, kéloïdiennes. En même temps le malade présenta à la gorge une vaste ulcération.

Pour le Dr Taylon le diagnostic de syphilis ne fait pas ici le moindre doute. Il a déjà vu de ces exemples de kéloïdes survenant après les syphilides pustuleuses : elles ont de la tendance à s'affaisser et à disparaître spontanément. C'est d'ailleurs l'opinion de tous les autres membres de la Société.

## Cas de lentigo unilatéral du visage d'origine probablement congénitale.

Le Dr Fordyce présente une petite fille âgée de 10 ans qui est atteinte de cette lésion cutanée et qui a en même temps de l'atrophie d'une jambe, par poliomyélite antérieure. Il rappelle qu'on a publié un cas identique en France dans la nouvelle iconographie de la Salpêtrière (vol. I, 1888) chez un malade épileptique.

Le Dr Fox a vu une lésion analogue chez une jeune femme de 25 ans, de fort bonne santé apparente.

## Cas de diagnostic douteux.

Le Dr Sherwell présente un malade âgé de 57 ans, qui depuis l'été de 1892 a été atteint d'une éruption eczémateuse très prurigineuse vers le cou-de-pied; les lésions ont graduellement envahi les membres, la partie inférieure du tronc, les aines, l'anus et le scrotum. Le Dr Sherwell l'a vu pour la première fois le 20 février 1893 : le prurit était extrême, il y avait des frissonnements et l'aspect des plaques était celui d'un eczéma, mais l'auteur soupçonne la possibilité du mycosis fongoïde; l'urine ne renferme ni sucre, ni albumine. Les membres présents ne semblent pas avoir compris la nature du cas, et la discussion a été fort confuse.

## Éruption bulleuse du cou, de la poitrine et des aisselles.

Le D' Cutler présente un malade, d'origine polonaise, âgé de 46 ans, qui était dans un excellent état de santé, lorsque, subitement, il y a 15 jours, il fut pris de fièvre, de frisson, de maux de tête, puis de rougeur et de tuméfaction du visage. En 2 ou 3 jours la rougeur gagna le cou et la poitrine en s'accompagnant d'un prurit fort intense. Depuis lors l'éruption a continué à s'étendre par plaques sur le tronc et les extrémités inférieures. Depuis huit jours de larges bulles se sont montrées sur toutes les plaques érythémateuses, sauf au visage. L'appétit et l'état général sont restés hons.

Dans la discussion qui a suivi, les diagnostics les plus divers ont été posés : éruption artificielle médicamenteuse, pemphigus, pemphigus pruriginosus, erythema bullosum.

#### Cas de morphée.

Le D' Sherwell présente une femme âgée de 32 ans, qui s'aperçut pour la première fois en août 1892 d'une plaque blanche, circuse, avec une fine bordure rosée : depuis lors elle a disparu peu à peu, spontanément, et à

l'heure actuelle, il n'y a qu'une plaque blanche, presque sans infiltration. Le Dr Sherwell demande au Dr Taylor si ce cas ne ressemble pas à celui qu'il a tout récemment publié sous le nom d'atrophie idiopathique circonscrite de la peau.

Effectivement le Dr Taylor reconnaît que ce cas est semblable au sien; il y manque toutefois la bordure violacée qui existait si nettement chez

sa malade.

## Cas de lupus érythémateux disséminé du visage présentant quelques phénomènes insolites.

Le Dr Lutsgarter montre une jeune femme atteinte depuis environ deux ans de lésions qui sont arrivées à l'état actuel en 6 ou 7 mois, puis qui sont restées assez stationnaires malgré des médications multiples : elles sont remarquables par l'infiltration des tissus et par l'absence de toute desquamation.

Le Dr Elliot fait une communication sur l'histologie de l'eczéma séborrhéique : cette communication donne lieu à une assez longue discussion dans laquelle plusieurs des assistants critiquent les idées d'Unna sur l'eczéma séborrhéique.

## 224e Regular meeting.

#### PRÉSIDENCE DU D' ELLIOT

#### Cas de gommes scrofuleuses.

Le Dr Fordycz présente une jeune fille anémique âgée de 20 ans, issue d'une famille de tuberculeux. Sur les membres inférieurs elle offre de nombreuses lésions sous-cutanées qui ressemblent fort à première vue à des gommes syphilitiques. Quelques-unes se sont ouvertes, et laissent s'écouler du pus de mauvaise nature, d'autres sont demi-fluctuantes, d'autres enfin sont tout à fait dures et recouvertes d'un épiderme sain. Pour arriver à fixer le diagnostic on lui donna de l'iodure de potassium : sous l'influence de ce médicament les lésions s'enflammèrent et les ulcérations s'agrandirent. On cessa alors l'iodure et on pansa les plaies avec de l'iodoforme en même temps qu'on donnait à l'intérieur des toniques et de l'huile de foie de morue : sous l'influence de cette médication on vit bientôt s'améliorer l'état général et l'état local.

## Cas d'un diagnostic difficile. (Érythème polymorphe ou syphilis.)

Le Dr Klotz présente un enfant âgé de 13 ans qui avait commencé il y a 15 jours à se plaindre de douleurs dans les membres inférieurs surtout au niveau des muscles du mollet. Il y a huit jours les douleurs sont devenues plus intenses et plus étendues, et une éruption s'est montrée sur la poitrine et vers les genoux. L'éruption de la poitrine, lors de son apparition, consistait en vésicules à contenu séreux, lesquelles se desséchèrent rapidement et formèrent des croûtes. Lorsque l'auteur le vit, il y a quatre jours, la poitrine et le dos étaient couverts de nombreux groupes de petites lésions, de papules acuminées ou un peu aplaties recouvertes de squames ou de minces croûtelles, et, en moins grande quantité, de petites pustules

cà et là disséminées: le groupement des papules ressemblait à celui de l'herpès. Autour des genoux et sur les jambes les lésions avaient un autre caractère: c'étaient des papules solitaires, aplaties, de la grosseur d'un pois, d'un rouge vif, ne disparaissant pas par la pression, à surface lisse, sauf au centre où se voyait une petite croûtelle ou une légère perte de substance. L'affection ne cause ni douleur, ni prurit. Dix mois auparavant l'enfant aurait eu une sorte de tuméfaction à la partie antérieure de l'oreille gauche, et peu après on aurait découvert une petite tumeur sur la paupière inférieure du même côté.

La plupart des membres présents pensent qu'il s'agit d'une éruption syphilitique.

## Cas de trichophytie de la muqueuse des lèvres.

Le D' Robinson présente un jeune homme atteint d'une plaque de trichophytie qui s'étend sur la partie rosée des lèvres inférieure et supérieure jusqu'au point correspondant à leur point de contact lorsqu'elles sont fermées.

Le D' CUTLER cite à cet égard le cas d'un jeune homme qu'il a eu à traiter, et qui était atteint d'une trichophytie du visage et du cou, laquelle avait gagné en un point la lèvre et la muqueuse buccale.

## Cas de rodent ulcer ou d'épithéliome superficiel de la poitrine, de l'oreille et du front.

Le Dr Fox présente un homme bien constitué de 56 ans, atteint depuis 10 ans de lésions du front, de l'oreille, et de la région sternale. Vers l'oreille droite et derrière elle, se voit un large placard recouvert d'une croûte épaisse. Sur la région sternale se voyait une large plaque circulaire à contours nettement arrêtés présentant une bordure blanche épaissie et au milieu du tissu cicatriciel. Le prurit était intense à la plaque de la poitrine.

Cette communication a été suivie d'une longue discussion sur le rodent ulcer, les uns voulant supprimer ce nom, comme inutile, puisqu'il s'agit d'une variété d'épithéliome, les autres voulant le conserver pour désigner un autre aspect clinique.

## Cas de lichen planus.

Le D'ALLEN présente un malade qui montre les bons effets du traitement du lichen planus par la méthode d'Unna, bichlorure de mercure et acide phénique. Le malade, âgé de 27 ans, eut les premiers symptômes éruptifs il y a 2 mois; au bout de 15 jours de traitement, les plus larges plaques des plis de flexion et de la face interne des cuisses avaient presque entièrement disparu; en même temps les papules plus récentes étaient redevenues aplaties, et le prurit ne causait plus d'ennuis.

Dans la discussion qui a suivi cette communication, les dermatologistes américains se sont divisés en deux groupes, les uns recommandant la médication d'Unna dans le lichen planus, les autres la trouvant défectueuse, pour ne pas dire complètement nulle.

## Cas d'ichtyose et de stries atrophiques dans un cas de maladie de Hodgkin.

Le Dr Taylor présente un homme de 25 ans chez lequel, il y a 6 mois environ, les ganglions lymphatiques augmentèrent de volume, d'abord au cou, puis à la région axillaire, et sous le muscle pectoral : ces ganglions tuméfiés n'étaient nullement sensibles ni douloureux.

En même temps que les ganglions se mettaient à gonfler, la peau devenait sèche, puis dure et squameuse, enfin il se produisit des sortes de stries brunâtres surtout sur l'abdomen. Le traitement arsenical a un peu amélioré l'état du malade.

Sur la proposition du Dr Piffard, la Société vote des remerciements à M. Sabouraud, de l'hôpital Saint-Louis, qui a bien voulu lui envoyer des spécimens des trichophytons microsporon et megalosporon comprenant des cultures et des préparations microscopiques; on nomme une commission composée des Drs Piffard, Fordyce et Lutsgarten pour examiner cet envoi et faire un rapport à ce sujet.

L. B.

## SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX DE PARIS

Séance du 26 mai 1893.

## Zona ophtalmique; strabisme consécutif.

M. Goldschnidt (de Strasbourg) a observé chez une femme de 56 ans un zona ophtalmique gauche accompagné, 8 jours après son début, de strabisme par paralysie incomplète du muscle droit externe du même côté; le strabisme disparut rapidement après deux applications de courant continu.

Séance du 2 juin 1893.

## Symptomatologie des intoxications alimentaires d'origine carnée porcine.

M. JUHEL-RÉNOY rapporte 4 observations d'intoxication par la viande de porc crue ou cuite. Il signale, à côté des phénomènes généraux et des troubles gastro-intestinaux, les manifestations cutanées dont les descriptions classiques ne font pas mention. Ces manifestations ont consisté en éruptions de taches rouge hortensia, devenant violacées et plus ou moins hémorrhagiques, disposées symétriquement, débutant par les membres supérieurs (mains, avant-bras), occupant également les pieds et les jambes ; ces éruptions rentrent dans le cadre de l'érythème polymorphe et il y a lieu de se demander si un certain nombre des cas d'érythème polymorphe, dont l'étiologie reste inconnue, ne sont pas dus à cette intoxication ; d'autres fois, les éruptions peuvent offrir les caractères de l'urticaire, ceux des érythèmes scarlatiniformes ou de la roséole.

M. Sevestre fait remarquer que des accidents analogues avec éruptions multiformes, s'observent parfois chez les enfants au moment du sevrage.

M. Ballet a observé, à la suite de l'usage de viande de mauvaise quajité, chez plusieurs membres d'une même famille, des accidents analogues avec éruptions scarlatiniformes ou à aspect d'érythème polymorphe.

## Séance du 28 juillet 1893.

## Maladie de Morvan ou lèpre?

M. Debove présente un homme de 52 ans, ayant séjourné au Mexique en 1863 et 1864, et qui a eu depuis 14 ans une série de panaris s'étant montrés successivement sur le pouce, l'index et l'auriculaire droits, le pouce et l'index gauches; légère tendance à la griffe à la main droite, avec atrophie musculaire de l'éminence thénar et légère diminution de volume des muscles de l'avant-bras, sensibilités à la douleur et à la température abolies jusqu'au pli du coude avec atteinte peu prononcée de la sensibilité tactile; à gauche, atrophie musculaire peu prononcée, mêmes troubles de la sensibilité; renssemnts sur les nerfs cubitaux.

M. Debove se demande s'il s'agit de lèpre et, dans ce cas, fait remarquer le long intervalle (15 ans) entre le départ d'un pays à lèpre et le début de la maladie.

M. CHANTEMESSE a vu la période d'incubation de la lèpre durer 17 ans, sans jamais s'abaisser au-dessous de 3 ans.

M. Rendu a également vu des cas d'incubation prolongée dans la lèpre. Il ne croit pas que la présence de névromes fusiformes et moniliformes soit un signe certain de lèpre, bien que ce soit dans cette maladie qu'on les rencontre le plus fréquemment.

## Vergetures consécutives à la flèvre typhoïde.

M. MILLARD présente un jeune homme de 17 ans, qui a vu apparaître, à la suite d'une sièvre typhoïde grave à forme ataxo-adynamique, des vergetures transversales, disposées symétriquement à la région antérieure et externe des cuisses, un peu au-dessus des rotules. La taille du malade a augmenté de 3 centimètres dans l'espace de 3 mois, alors que la moyenne à son âge est, pour le même temps, de 6 millimètres; cette constatation vient à l'appui de l'opinion formulée par M. Bouchard au sujet de la pathogénie de ces vergetures.

#### Note sur un cas d'érythème noueux intra-buccal.

M. MILLARD rapporte l'observation d'une jeune femme précédemment atteinte de rhumatisme articulaire, chez laquelle se développèrent rapidement des nodosités situées sous la muqueuse buccale; ces nodosités occupaient, l'une la joue droite, au niveau de l'arcade dentaire supérieure, audessous de l'os malaire, correspondant à la 2º grosse molaire, l'autre la joue gauche, au niveau de l'arcade dentaire inférieure, en face de la 2º grosse molaire; ces deux nodosités étaient très douloureuses à la pression, mal circonscrites, de consistance comme lardacée, faisant corps avec la joue ; elles étaient de couleur rouge framboisé ; extérieurement elles se manifestaient par une saillie des joues, avec élargissement du visage. Huit jours après le début des lésions buccales, apparurent sur les deux jambes, principalement autour des genoux, plusieurs plaques parfaitement caractérisées d'érythème noueux. A la suite de l'administration du salicylate de soude, à la dose de 4 grammes par jour pendant une semaine, les nodosités de la bouche et des membres disparurent complètement.

II semble bien s'agir d'érythème noueux d'origine rhumatismale.

M. Rendu pense que l'érythème noueux est ordinairement d'origine rhumatismale, mais on peut observer dans les maladies infectieuses des lésions très analogues. N'y a-t-il pas eu dans ce cas quelque cause pouvant produire une infection du tube digestif et qui ait déterminé, à la fois, les lésions locales de la bouche et l'éruption secondaire des membres inférieurs?

M. MILLARD n'a pu trouver aucune trace d'infection et n'a pu incriminer aucune autre cause que le rhumatisme.

Séance du 20 octobre 1893.

## Rhumatisme blennorrhagique dans l'enfance.

M. RICHARDIÈRE rapporte l'observation d'une enfant de 7 ans, atteinte depuis une quinzaine de jours de vulvo-uréthrite à gonocoques (constatés par l'examen microscopique); depuis 2 jours, douleurs au poignet gauche qui est le siège de gonflement et de rougeur se prolongeant sur le dos de la main, et au genou droit qui est tuméfié; amélioration sensible après l'emploi du salicylate de soude; au bout de 4 jours, tuméfaction, rougeur et douleur au niveau de l'articulation tibio-tarsienne dont les lésions résistent au salicylate de soude et disparaissent, après immobilisation. au bout de 17 à 18 jours; rien au cœur.

M. Richardière insiste sur ce fait que, si les symptômes du rhumatisme blennorrhagique de l'enfance sont semblables à ceux que l'on observe chez l'adulte, l'évolution est plus rapide et la durée moindre; la guérison se produit sans ankylose et sans complication.

Séance du 3 novembre 1893.

# Trois cas d'actinomycose thoracique; efficacité du traitement par l'iodure de potassium.

M. NETTER rapporte 3 cas d'actinomycose observés à Paris, se traduisant par une pleurésie purulente dont l'épanchement renfermait des grains d'actinomycose; dans un cas, l'autopsie montra la présence d'un foyer d'actinomycose vertébrale, lésion qui existait probablement dans un autre cas soumis au traitement par l'iodure de potassium et guéri à peu près complètement.

Dans ce dernier cas, l'amélioration commença à se produire dès les premiers jours de l'administration de l'iodure de potassium et continua

sans interruption.

M. Netter a réuni 6 autres cas d'actinomycose humaine soumis au même traitement et guéris : ces résultats, analogues à ceux antérieurement obtenus chez les animaux atteints d'actinomycose, doivent encourager à employer ce traitement.

## Gommes syphilitiques cutanées, développées 52 ans après le chancre.

M. G. Thiblerge présente un homme de 70 ans, atteint de gommes de la cuisse droite; ce malade a été traité en 1841 à l'hôpital du Midi pour un chancre de la verge dont on voit encore actuellement la cicatrice et qui a été suivi de lésions de la gorge; le malade n'a plus été soumis au traitement antisyphilitique depuis sa sortie de l'hôpital du Midi et n'a présenté aucune lésion pouvant être rapportée à la syphilis; il a eu 6 enfants qui ne semblent avoir présenté aucune manifestation d'origine syphilitique.

Séance du 10 novembre 1893.

#### Sur un cas de filariose.

M. LAVERAN rapporte l'observation d'un jeune homme de 23 ans, atteint de fièvres intermittentes, dans le sang duquel il n'a pas trouvé de parasites de la malaria, mais des embryons de filaires.

Cet homme éprouvait, surtout aux mains et aux coudes, des démangeaisons très vives et très persistantes plus fortes la nuit que le jour, à la suite desquelles il apparaissait quelquefois un nombre limité de petites vésicules. Il n'y avait pas de dilatations des vaisseaux lymphatiques.

Les embryons de filaire se trouvaient dans le sang pendant le jour et pendant la nuit et avaient les mêmes dimensions que celles des embryons de la filaria nocturna et différentes de celles des embryons de la filaria perstans de Mason.

Le malade paraît avoir contracté la filariose au Soudan, où plusieurs de ses camarades de bureau étaient atteints d'accès de fièvres analogues.

La présence de la filaire n'a pu être recherchée dans les vésicules, qui étaient desséchées et en voie de desquamation lorsque M. Laveran a observé le malade. Il y a lieu cependant de rapprocher ce fait du crawcraw, affection prurigineuse caractérisée par la présence aux coudes et aux mains de papules et de vésico-pustules prurigineuses, dans lesquelles O'Neill a constaté la présence de la filaire.

Séance du 17 novembre 1893.

## Quatre cas d'érythèmes scarlatiniformes desquamatifs d'allures épidémiques.

M. P. Le Gendre rappelle un cas d'érythème scarlatiniforme desquamatif qu'il a observé dans la convalescence de la fièvre typhoïde (voir *Annales de Dermatologie*, 1893, p. 781); il a observé les mêmes accidents chez 3 autres malades couchés dans des lits très voisins les uns des autres.

L'un de ces malades, atteint, à la fin d'une fièvre typhoïde légère, d'un érythème d'abord papuleux, puis polymorphe à petites taches arrondies et assez confluentes sur les poignets et les aines, présenta ensuite une rougeur scarlatiniforme généralisée avec ecchymoses et bulles sur différentes régions, puis une desquamation à grands lambeaux; au début de l'érythème, vomissements et douleurs dans les membres inférieurs; au 9° jour de l'éruption, les vomissements reparurent, devinrent incoercibles, état général grave, albuminurie, attaques convulsives et mort 12 jours après le début de l'éruption.

Le deuxième cas a trait à un homme de 25 ans, atteint, en pleine convalescence de flèvre typhoïde, d'un érythème polymorphe desquamatif accompagné d'hypothermie, de phénomènes généraux graves, d'accidents méningitiques, terminé par la mort le 14° jour.

Le troisième cas est celui d'un homme d'une cinquantaine d'années, atteint de mal de Bright et d'eczéma variqueux, chez lequel survint un érythème papuleux puis polymorphe généralisé, suivi d'une desquamation scarlatiniforme et terminé par une attaque d'urémie comateuse au bout de 3 semaines.

Le développement successif de ces 4 cas dans une même salle en un court espace de temps semble indiquer leur origine infectieuse.

M. Le Gendre pense que ces faits sont comparables à beaucoup d'égards à ceux rapportés par Savill (voir Annales de Dermatologie, 1892, p. 665).
G. T.

## SOCIÉTÉ ANATOMIQUE DE PARIS

Séance du 21 juillet 1893.

## Synovite blennorrhagique suppurée due au gonocoque.

MM. Tollemen et Macaigne rapportent l'observation d'un homme de 19 ans, atteint depuis 15 jours d'une deuxième blennorrhagie qui s'était accompagnée, à partir du 5° jour, d'une série d'arthrites des articulations des mains et des coudes et de lymphangite suivant le trajet du tendon extenseur de l'index droit; une synovite de l'index droit aboutit à la suppuration et guérit rapidement après succion. La ponction de la synoviale donna un pus blanc, bien lié, très épais; ce pus, cultivé sur gélatine, sur gélose et dans le bouillon, ne fournit qu'un seul micro-organisme présentant tous les caractères du gonocoque; l'examen direct du pus fit constater la présence du même micro-organisme en petits amas situés dans les leucocytes à noyau, se colorant par le bleu de méthylène et la fuchsine et se décolorant par la méthode de Gram.

#### Gomme du testicule.

M. Legueu présente un testicule enlevé après insuccès du traitement antisyphilitique, chez un homme de 32 ans, ayant eu la syphilis 18 mois avant le début de l'affection qui remontait à 3 ans 1/2; la tumeur était volumineuse, non adhérente, dure et résistante dans son tiers moyen, fluctuante dans ses parties supérieure et inférieure, cette dernière renfermant du liquide citrin qui fut enlevé par la ponction. Après ablation, la partie liquide était constituée par une hydrocèle biloculaire; la tumeur testiculaire, du volume d'un gros œuf de poule, avait une surface extérieure lisse et régulière ; l'épididyme était libre et intact au niveau de la tête, un peu moins distinct en son milieu: à la coupe, la tumeur était formée d'une masse caséeuse, jaune, ayant l'apparence d'une gomme, cloisonnée par quelques tractus fibreux, limitée par une membrane épaisse et résistante (albuginée sclérosée et hypertrophiée) au-dessous de laquelle on trouvait, sur le bord supérieur du testicule, des tubes séminaux semblant refoulés et non envahis. A l'examen histologique, la lésion avait la structure de la gomme syphilitique avec quelques tractus très limités de sclérose.

G. T.

## SOCIÉTÉ MÉDICALE DU IXº ARRONDISSEMENT DE PARIS

Séance du 12 octobre 1893.

## Peut-on donner la chaudepisse sans l'avoir?

M. Morel-Lavallée relate l'intéressante observation que voici.

Un M. A..., ayant eu la blennorrhagie 4 ou 5 mois auparavant et ayant conservé un léger suintement matinal, a un rapport le 31 mai avec une dame R... Le lendemain de ce rapport, M. A... constate que sa goutte matinale était jaune au lieu d'être claire. Cet écoulement, examiné le 2 juin, ne contient pas de gonocoques, mais après quelques jours de lavages au sublimé à 1/20000, l'écoulement devient abondant et contient de nombreux gonocoques le 8 juin. Le 10 juin, M<sup>me</sup> R. . examinée est reconnue saine : le raclage de la muqueuse uréthrale ne montre au microscope que des cellules épithéliales, sans leucocytes, ni gonocoques.

Mais M<sup>me</sup> R..., qui a eu son rapport avec M. A... de 31 mai, a eu également un rapport avec son mari le lendemain 1<sup>er</sup> juin; et le 10 juin, jour même où M<sup>me</sup> R... a été examinée par M. Morel-Lavallée, M. R..., le mari, est pris d'écoulement uréthral suraigu.

Le 11 juin, M<sup>me</sup> R... va voir, en l'absence de M. Morel-Lavallée, un autre médecin qui voit au spéculum une mèche verdâtre sortir du col et dit que là est sans doute le foyer unique de la blennorrhagie prise par le mari.

Le 12, M<sup>me</sup> R... revoit M. le D<sup>r</sup> Morel-Lavallée qui constate que les organes génitaux sont sains et ne trouve pas de gonocoques. Elle se fait examiner également par le médecin de son mari, lequel médecin la constate avec stupéfaction absolument saine.

Les règles arrivent et le 29 juin seulement, M. Morel-Lavallée revoit M<sup>mo</sup> R...; il constate au col une mèche claire et transparente, la pression de l'urèthre amène une goutte imperceptible de pus qui renferme des gonocoques; dix jours plus tard, en plein traitement par le permanganate, il y avait encore des gonocoques.

Un mois après les deux époux étaient guéris et réconciliés; toutefois, M<sup>me</sup> R... s'est longtemps demandé si ce n'était pas son mari qui l'avait rendue malade.

L'auteur fait suivre sa communication des réflexions suivantes :

A. Au point de vue clinique. — 1º Le principe blennorrhagique, alors qu'il est latent au point que l'on ne constate qu'une goutte militaire encore transparente et non exacerbée, latent au point que le microscope ne puisse proclamer sa présence dans l'exsudat, est capable de se développer dans des organes partenaires et d'y déterminer une vraie blennorrhagie;

2° Le virus blennorrhagique peut rester chez une femme 3 ou 4 semaines absolument latent, mais vivant et conservant toute sa virulence, sans provoquer chez elle de tout ce temps ni vulvo-uréthrite, ni vaginite, ni métrite; si bien que cette femme, tout en n'ayant encore jamais cessé d'être saine, n'eu est pas moins virulifère et contagieuse:

3º C'est l'influence menstruelle qui a fait éclore la chaudepisse.

B. Au point de vue social. - Il est impossible de permettre le mariage

ou même le coît à un homme porteur de goutte militaire, avant de s'assurer que cette goutte est aseptique et le restera après l'épreuve de Neisser (nitrate d'argent) ou les épreuves multiples du nitrate d'argent, du sublimé, ou par la bière (Janet).

C. Au point de vue bactériologique. — 1º Le gonocoque, quoique d'une spécifité si haute et d'une virulence habituelle si intense, peut être déposé sans y fructifier fatalement sur les voies génitales, son terrain usuel de culture;

2º Le gonocoque peut rester dans les voies uro-génitales saines (d'une femme) sans s'y cultiver, à l'état latent, mais en y conservant sa vie comme aussi sa virulence transmissible pendant un temps supérieur à 12 jours, allant probablement jusqu'à 29 jours;

3º Le gonocoque, si pyogène d'ordinaire peut, rencontrant sans doute un terrain peu favorable, se cultiver tardivement sur la muqueuse d'un urèthre de femme, sans y provoquer la violente réaction inflammatoire et suppurative de la blennorrhagie aiguë, sans y déterminer au moins pendant plusieurs jours autre chose qu'un imperceptible suintement séreux, transparent, inappréciable en clinique;

4º Nous ignorons encore les causes qui créent ou modifient le terrain de culture des gonocoques. La menstruation paraît toutefois s'être révélée dans ce cas comme leur ayant donné l'impulsion vitale qui leur manquait.

H.F.

## SOCIÉTÉ J. ET R. DES MÉDECINS DE VIENNE (1)

Séance du 3 novembre 1893.

#### Cas de transplantation d'après Thiersch.

M. Lang présente une fille de 26 ans, syphilitique depuis deux ans ; depuis cette époque elle a eu des récidives incessantes au point que, dans les différents hôpitaux, elle a eu les traitements spécifiques les plus complets. Lors de sa dernière récidive, la malade désespérée voulut se suicider. A son entrée dans le service de l'orateur, elle présentait de nombreuses gommes et ulcérations qui furent traitées par les procédés ordinaires de la chirurgie, vu qu'il n'y avait plus rien à attendre d'un traitement antisyphilitique.

Le foyer principal se trouvait sur le mollet gauche dans lequel une gomme en partie ulcérée pénétrait jusqu'aux muscles. Après l'extirpation de cet ulcère, la plaie mesurait 12 centim. de longueur, 8 c. 1/2 de largeur et 5 de profondeur; elle fut recouverte avec un lambeau pris sur l'autre jambe. La cicatrisation se fit sans accident, et aujourd'hui, cinq mois après l'opération, on peut considérer la guérison comme durable.

A. Doyon

(1) Wien. Klin. Wechenschrift, 1893. p. 817.

## REVUE DES THÈSES DE DERMATOLOGIE ET DE SYPHILIGRAPHIE

SOUTENUES DANS LES FACULTÉS DE MÉDECINE DE PROVINCE PENDANT LES ANNÉES SCOLAIRES 1891-1882 ET 1892-1893, (Suite)

## Montpellier, 1892-1893.

J. Petit-Dider. — De l'eczéma impétigineux de la face et du cuir chevelu chez l'enfant; ses rapports avec l'évolution dentaire.

Dans cette thèse, l'auteur, frappé de la fréquence de l'eczéma impétigineux dans la première enfance, de sa localisation habituelle à la face et au cuir chevelu, s'est préoccupé d'en rechercher la pathogénie.

S'inspirant des travaux et de l'enseignement de M. Baumel, il s'efforce de rattacher cette affection cutanée à l'évolution dentaire. Il fait valoir en faveur de cette opinion: 1º l'apparition habituelle de cet eczéma de 6 mois à 2 ans, précisément pendant l'évolution de la première dentition, ainsi que la production fréquente des poussées eczémateuses au moment de la sortie des diverses dents et l'accalmie qui suit souvent leur éruption; 2º la localisation de l'eczéma à la face et à la partie antérieure du cuir chevelu. Or ces parties, innervées par les rameaux du trijumeau, subissent par action réflexe l'influence du travail irritatif qui se produit au niveau des gencives innervées aussi par la cinquième paire.

Il arrive ainsi à considérer l'eczéma impétigineux de la face et du cuir chevelu comme une sorte de sécrétion pathologique, provoquée par l'excitation réflexe des filets cutanés du trijumeau.

Mais, si l'évolution dentaire est la cause provocatrice de cet eczéma, elle est à elle seule impuissante à le produire, elle exige une prédisposition spéciale qui est généralement le lymphatisme, que l'auteur attribue à un vice dans l'alimentation de l'enfant.

De ces données pathogéniques, découle le traitement : il consistera à régler convenablement l'alimentation de l'enfant, afin de prévenir le lymphatisme et à faciliter autant que possible l'éruption des dents. Quant à l'eczéma lui-même, un simple traitement local, consistant en lavages alcalins ou astringents, en applications émollientes et l'emploi d'une pommade légèrement iodoformée, suffira dans la plupart des cas.

Debru. — De l'antisepsie et des lavages dans le traitement de la blennorrhagie.

La blennorrhagie est une maladie dont le traitement s'impose, et, comme elle est de nature microbienne, le seul traitement rationnel à lui opposer est le traitement antiseptique.

Ce traitement antiseptique peut se pratiquer de diverses façons : au moyen des instillations, des injections, de l'écouvillonnage et enfin des lavages.

C'est à l'exposition de ce dernier mode de traitement qu'est consacrée la majeure partie de la thèse.

Après avoir rappelé les recherches antérieures de Diday, Kopp, Vauderpool, Bresser, et celles plus récentes de Philipson, Lavaux, Janet, Crivelli, Balzer, etc., l'auteur décrit sa manière d'opérer : elle consiste à faire, à l'aide d'un laveur ou d'un siphon, le lavage de l'urèthre, soit au moyen de la sonde de Pezzer, soit sans sonde d'après la méthode de Janet. Les lavages sont faits avec des solutions antiseptiques chauffées à 40°, et renouvelés tous les jours.

D'un certain nombre de cas observés par lui dans le service de la clinique dermatologique de Montpellier, l'auteur croit pouvoir tirer les

conclusions suivantes:

L'introduction de l'antisepsie et des lavages dans le traitement de la blennorrhagie constitue un véritable progrès dans la thérapeutique de cette affection.

Dans tous les cas, les lavages soulagent beaucoup les malades; ils abrègent singulièrement la durée de la maladie et en préviennent les complications infectieuses.

Ils guériront d'autant plus sûrement et rapidement la blennorrhagie, que celle-ci sera plus rapprochée de son début et vierge de tout traitement autérieur.

Tout traitement interne est inutile, les lavages seuls suffisent à guérir le malade.

Les liquides qu'il convient d'employer sont : le sublimé, le permanganate de potasse, le nitrate d'argent.

Le sublimé est très puissant, mais irrite facilement la muqueuse : on ne l'emploie pas au-dessous de 1/20000.

Le permanganate de potasse a donné des résultats constants : il a l'avantage de ne pas irriter la muqueuse à la dose de  $\frac{1}{4000}$  à  $\frac{1}{2000}$ .

Le nitrate d'argent doit être employé avec prudence : à  $\frac{1}{1500}$  ou  $\frac{1}{2000}$ , il modifie très bien la muqueuse uréthrale et supprime les écoulements aseptiques. Il a constamment donné de bons résultats dans le traitement de la cystite blennorrhagique.

## P. Delassun. — De la teigne faveuse dans le département de l'Hérault et à la Clinique des enfants à l'Hôpital général de Montpellier.

Les recherches statistiques de Bergeron, et celles plus récentes de M. Feulard, sur la fréquence de la teigne en France, s'accordent à donner au département de l'Hérault, en ce qui concerne le favus, le premier rang.

L'auteur, dans cette thèse, s'est proposé de vérifier l'exactitude de cette

proposition et d'en rechercher les causes.

Les résultats statistiques qui lui ont été fournis par le service des teigneux de l'Hôpital général, où sont reçus les jeunes teigneux provenant de Montpellier et des différentes localités de l'Hérault, lui ont montré la fréquence du favus chez les enfants et sa grande prédominance sur les autres teignes. En trois ans, la moyenne annuelle des faviques traités a été d'environ 60.

L'auteur a cherché alors, en s'aidant de la statistique des conseils de revision, à déterminer les cantons de l'Hérault qui fournissaient le plus de teigneux. Au cours de ces recherches, il a fait une constatation intéressante : c'est que la statistique générale de la France (sur laquelle se sont précisément basés Bergeron et Feulard pour établir les leurs) attribue plus de teigneux à l'Hérault que n'en comporte la statistique détaillée de chaque canton de ce département. Ce défaut de concordance tiendrait à deux causes : 1° à ce que la statistique générale fait figurer parmi les conscrits de l'Hérault un certain nombre de conscrits étrangers au département, mais y ayant passé le conseil de révision ; et 2° à ce que le recrutement de l'Hérault comprend plusieurs cantons de l'Aveyron (canton dans lesquels la teigne est assez commune). De sorte que le premier rang accordé jusqu'ici à l'Hérault pour la fréquence du favus ne serait rien moins que justifié.

De ses recherches statistiques, l'auteur conclut que le favus est plus commun dans les campagnes que dans les villes : il serait fréquent chez les jeunes bergers vivant au milieu des troupeaux. Il est l'apanage exclusif des classes pauvres, où la malpropreté, l'insouciance des individus, l'incurie des parents, laissent la maladie s'invétérer et contribuent puissamment à sa propagation.

Comme traitement, il recommande le traitement en usage à l'Hôpital général, qui n'est autre que le traitement classique de Bazin, légèrement modifié.

Ensin il étudie les moyens prophylactiques capables d'enrayer et de faire disparaître le favus. Celui-ci étant guérissable, mais d'autant plus rapidement et plus complètement qu'il est plus récent, il est urgent que, dès les premières atteintes du mal, l'ensant soit renvoyé de l'école et soigné soit dans un hôpital, soit chez ses parents, mais sous la surveillance d'un médecin inspecteur.

En ce qui concerne les conscrits teigneux, il propose de ne pas les exempter, mais de les ajourner jusqu'à complète guérison de leur teigne, dont le traitement serait surveillé par le médecin inspecteur.

A. BROUSSE.

### Toulouse.

## E. Escande. — De l'angéiokératome (26 juillet 1893).

Escande propose de substituer le terme de angéiokératome au mot de Mibelli, angiokératome, parce que, en réalité, le kératome se superpose à une simple dilatation vasculaire et non à un angiome. Il en rapporte 25 observations, dont 8 ont été prises à Toulouse. La description clinique n'a rien qui diffère de celle de ses prédécesseurs; il insiste seulement sur la constance des phénomènes indiquant la défectuosité de la circulation périphérique chez les porteurs de cette lésion. Si elle ne se voit que chez les porteurs d'engelures, il ne semble pas qu'elle affecte avec l'engelure même des rapports étroits. L'angéiokératome est simplement le résultat d'un phénomène d'asphyxie veineuse périphérique. Peut-être faut-il supposer que les individus sujets à des accidents de cet ordre possèdent des capillaires frappés de faiblesse congénitale, et qui ne peuvent réagir contre l'ondée sanguine. Cela est d'autant moins impossible, que la présence fréquente (non constante) des dilatations lymphatiques sur les préparations peut être invoquée à l'appui de cette donnée.

er

C

to

q

le

d

1

I

Au point de vue anatomo-pathologique, il faut insister sur ce fait qu'il y a étiolement et dilatation des capillaires, mais rien qui permette d'y voir une néoformation angiomateuse. Quant à l'hyperkératose, qui est entièrement secondaire, on peut y voir un type d'hyperkératose passive et aseptique.

L'électrolyse donne de bons résultats dans le traitement.

(3 dessins de mains et une figure histologique demi-schématique sont annexés à la thèse.)

Сн. Априч.

## Nancy.

## Deugler. — Syphilis et paralysie générale.

Les documents dont s'est servi l'auteur sont empruntés à la pratique civile ou hospitalière de son maître, M. Spillmann, et aux différentes statistiques déjà publiées sur la matière, en sorte que ce travail est avant tout une œuvre d'érudition, une augmentation de plus à ajouter à celles que nous possédons déjà en faveur de l'origine syphilitique de la paralysie générale.

Le plaidoyer de M. Deugler en faveur de l'opinion qu'il défend est habilement conduit. Les origines de cette opinion, les diverses phases par lesquelles elle a passé, l'importance qu'elle prend de plus en plus dans le domaine de la psychiatrie, voilà ce qu'il nous montre dans un historique bien écrit. Il y a un chapitre intéressant relatif à la répartition de la paralysie générale selon les professions, un autre sur les rapports de cette maladie et du tabes, enfin, un dernier consacré à la discussion des objections faites à la théorie de l'origine spécifique des lèsions.

Mais la syphilis est-elle le seul facteur de la paralysie générale? M. Deugler nous laisse entrevoir que non; il accorde une certaine influence à l'hérédité et élimine les autres causes qui ont pu être invoquées.

A la fin de la thèse, M. Deugler reproduit les réponses que lui avaient faites un certain nombre d'aliénistes étrangers auxquels il avait demandé leur avis : ces réponses confirment les conclusions de l'auteur sur l'origine syphilitique de la paralysie générale.

Voici ces conclusions.

1º La majeure partie (93 p. 100) des paralytiques sont d'anciens syphilitiques ;

2º Il existe entre la syphilis antérieure et la paralysie générale consécutive un rapport de cause à effet;

3º Si la syphilis agit souvent sur un terrain préparé par l'hérédité, son action seule est cependant suffisante pour donner naissance à la paralysie générale.

## Georges Étienne. — Les pyosepticémies médicales.

L'auteur a entrepris une tâche fort difficile dans l'état actuel de la science. Sa thèse n'est pas seulement une œuvre d'érudition pure, elle contient des recherches originales basées sur des observations nombreuses et sur des travaux de laboratoire. C'est donc avec une certaine autorité que M. Étienne cherche à établir l'existence de pyosepticémies

ANN. DE DERMAT. - 3º ste. T. IV.

médicales à côté des pyosepticémies chirurgicales et puerpérales. Il se justifie d'abord de ne point définir la pyosepticémie et montre comment il est arrivé à adopter ce néologisme qui englobe dans sa double signification des états morbides considérés autrefois comme distincts, mais que les notions pathogéniques nouvelles tendent de plus en plus à ranger dans le même cadre. Ces pyosepticémies médicales ont pour agents les divers microbes de la suppuration. L'auteur nous les décrit et nous montre les nombreux moyens d'attaque qu'ils emploient pour prendre d'assaut l'organisme.

Vient ensuite une classification des pyosepticémies médicales, primitives ou secondaires, qui peuvent intéresser l'économie dans sa totalité ou donner lieu seulement à des manifestations locales. C'est à ce titre que l'auteur consacre un chapitre important aux pyosepticémies à prédominance cutanée. Il y étudie successivement l'érythème polymorphe, qui présente l'aspect des infections pyosepticémiques graves ou atténuées, le purpura, les éruptions pustuleuses, l'impétigo infectieux de Unna, le pemphigus infectieux, les dermatites exfoliatrices.

Un fait remarquable dans l'histoire des pyosepticémies à prédominance cutanée, c'est que toutes ces formes éruptives infectieuses, érythème polymorphe, purpura, éruption pemphigoïde, peuvent survenir au cours d'une pyosepticémie primitive médicale, d'une septicémie chirurgicale ou puerpérale, ou dans le cours des pyosepticémies secondaires.

Plusieurs fois, pour chacune de ces formes, on a pu retrouver dans le sang et les organes des éléments microbiens d'espèces variées. Ce sont les espèces que l'on retrouve dans les arthrites infectieuses, dans les ostéomyélites, les endocardites, etc.

Toutes les lésions cutanées constituant ces types morbides peuvent être produites ou bien par l'action des amas microbiens agissant directement par le processus embolique, ou bien par l'action des toxines sécrétées par les microbes.

La limite est du moins tranchée entre les cas de nature microbienne incontestable et les cas survenus à la suite d'intoxication par des produits de dénutrition de l'organisme (surmenages), par les venins, les ptomaïnes de viandes putréfiées, enfin par des empoisonnements médicamenteux (iodisme, iodoformisme).

Les différentes lésions cutanées élémentaires constituant les types définis à l'état de pureté peuvent se combiner, coexister ou se succéder chez un même individu.

M. Étienne ne pense pas qu'il faille admettre l'identité de ces types morbides et n'en faire que des formes d'une seule entité morbide, l'érythème infectieux primitif. Ces types reconnaissent une pathogénie analogue; ils ne seraient que des formes de pyosepticémies vulgaires, plus ou moins graves ou atténuées; ils peuvent être engendrés par un même processus morbide, agissant différemment suivant la virulence des microbes, suivant certaines conditions inhérentes à l'organisme. Cependant, au point de vue clinique, l'auteur estime que la nomenclature actuelle doit être conservée au moins provisoirement.

Tels sont, dans cette œuvre considérable, les points qui intéressent particulièrement les dermatologistes.

P. Spillmann.

## REVUE DES LIVRES

AND THE REAL PROPERTY.

## G. Dieulafoy. - Manuel de pathologie interne, 7º édition, Paris, 1893.

Si ces annales ne s'occupaient que des maladies de la peau, nous n'aurions pas à y signaler cette publication, car leur étude ne rentre pas dans celle de la pathologie interne : malgré les rapport évidents qu'elle offre souvent avec elle, la dermatologie doit être en effet considérée comme une branche spéciale de la médecine à laquelle conviendrait le nom de Pathologie médicale externe.

Mais notre revue a également pour objet l'étude des progrès qui se font en syphiligraphie, et c'est à ce point de vue que nous devons recommander tout particulièrement à nos lecteurs le livre de M. Dieulafoy. Les manifestations viscérales de la syphilis y sont en effet décrites sous une forme remarquable par sa netteté, sa clarté et son élévation; on y trouve exposé aussi complètement que possible l'état actuel de nos connaissances sur ces

difficiles questions.

L'auteur s'est fondé, pour ses descriptions, sur ses propres observations en même temps que sur les travaux des syphiligraphes contemporains, en tête desquels nous devons citer M. Fournier. Il y a profondément marqué son empreinte, soit par les faits nouveaux qu'il y a fait connaître, soit par les divisions et classifications nouvelles qu'il y a adoptées. Considérons, pour en donner une idée, le chapitre consacré à la syphilis du poumon et des plèvres: M. Dieulafoy y étudie successivement la pneumopathie syphilitique simulant la broncho-pneumonie tuberculeuse aiguë, la pneumopathie syphilitique simulant la phtisie tuberculeuse chronique commune, la pneumopathie syphilitique simulant la sclérose cardio-pulmonaire, la syphilis pleuro-pulmonaire à prédominance pleurale (pleurésie syphilitique la syphilit pulmonaire héréditaire. Ne suffit-il pas de cette simple énumération pour montrer que ce manuel est plus complet, à cet égard, que bien des gros traités?

Les manifestations syphilitiques qui intéressent les fosses nasales, le larynx, la trachée, les bronches, le myocarde, la moelle épinière, le cerveau, la bouche, la gorge, le pharynx, le foie et les reins sont traitées avec

le même soin, le même développement et la même compétence.

Réunis, ces différents chapitres coustitueraient un excellent traité de la

syphilis viscérale.

Il ressort de ces faits que ce livre, sous sa forme modeste, est une œuvre didactique qui répond à tous les désiderata de la science et qui fait grandement honneur à son auteur ainsi qu'à notre Faculté: nous ne saurions trop en recommander la lecture, non seulement aux étudiants, mais à tous les médecins et surtout à ceux qui s'occupent plus particulièrement de syphiligraphie.

H. Hallopeau.

## A. Souplet. — La blennorrhagie, maladie générale, in-8, Paris, 1893.

Il y a peu de maladies qui aient été autant étudiées que la blennorrhagie et qui restent encore aussi mal connues : on entrevoit cependant le moment où, par le progrès des études bactériologiques et la précision et l'abondance des faits cliniques, nous serons mieux éclairés sur la nature réelle de cette affection.

La découverte du gonocoque, si elle n'a pas tout d'abord simplifié la question, a permis tout au moins de différencier parmi les écoulements auxquels on donne le nom de blennorrhagiques un certain nombre, le plus grand, dus justement à ce gonocoque. A l'écoulement gonococcique devrait probablement être réservé exclusivement le nom de blennorrhagie ; les autres seront des blennorrhoïdes, des urétrites à microbes variés et encore incomplètement connus, mais sans gonocoques. C'est à la blennorrhagie à gonocoque, à la gonococcite qu'est consacré tout entier le travail très important et très intéressant de M. Souplet. Le titre seul en dit la portée ; et si l'hypothèse énoncée par M. Souplet que la blennorrhagie est une maladie générale (c'est-à-dire une maladie spécifique et infectieuse, pouvant se traduire dans l'économie par des manifestations variées relevant d'une même cause, l'introduction dans l'organisme d'un microbe pathogène, le gonocoque), n'est encore qu'une hypothèse, elle nous paraît bien près d'être la vérité, et nous ne doutons pas, pour notre part, que l'avenir ne se charge de confirmer cette ingénieuse façon d'envisager la question. Le domaine de la blennorrhagie grandit tous les jours ; au rhumatisme, longtemps considéré comme la seule manifestation à distance, sont venues s'ajouter bien d'autres complications ; les principales sont celles qui frappent l'appareil cardiaque, l'appareil rénal, l'appareil médullaire ; l'endocardite et la péricardite blennorrhagiques existent sans rhumatisme blennorrhagique; il y a des cas où le rein est pris sans qu'on puisse invoquer la propagation du mal par voie ascendante. Enfin pour les manifestations méningo-médullaires, on se rattache de plus en plus à l'idée de l'influence prédominante du gonocoque. On connaît enfin l'existence d'éruptions, de phlébites et même de pleurésies au cours de la blennorrhagie. Toutes ces complications sans doute ne sont pas dues au gonocoque; souvent elles doivent être attribuées aux microbes qui l'accompagnent; mais il n'est nullement prouvé qu'elles soient toutes parablennorrhagiques, et il n'est pas défendu non plus de penser que l'infection générale puisse suffire à elle seule à les produire. C'est cette dernière démonstration que s'est efforcé de faire, avec nombreuses preuves à l'appui, M. Souplet et nous ne saurions trop louer l'auteur de son excellent travail.

S'il est impossible actuellement d'affirmer et de prouver la vérité de ce qu'il avance, il aura singulièrement contribué à poser nettement la question et certainement, suivant l'épigraphe empruntée à La Fontaine, dont il s'est inspiré, « son œuvre fera naître à d'autres personnes l'envie de porter la chose plus loin ».

H. F.

Le Gérant : G. MASSON.

## TABLE PAR NOMS D'AUTEURS

## DES TRAVAUX ET ARTICLES ORIGINAUX

	Pages
Brocq. — Notice nécrologique sur M. VIDAL	805
que en dermatologie	1157
BROUSSE et BOTHEZAT. — De la valeur du traitement abortif des bubons	
par la méthode de Welander	347
mercure végétal ; étude botanique et chimique	724
DIDAY et DOYON Nouveau cas de réinfection syphilitique	354
DUBREUILH (W.). — Des alopécies atrophiques	329
HALLOPEAU (H.). — Notice nécrologique sur M. HARDY	113
HALLOPEAU (H.) Sur la nature des xanthomes et la cause prochaine	
de leurs complications	935
HALLOPEAU (H.). — Des trêves dans les manifestations cutanées de la	
tuberculose	1037
Janet. — Traitement abortif de la blennorrhagie par le permanganate de	
potasse, mode d'action de ce produit	1013
KREFTING (R.). — Sur le microbe du chancre mou 167,	836
MATHIEU (A.) Sur une forme particulière d'ædème névropathique	
(pseudo-éléphantiasis névropathique)	11
MATHIEU (A.) Notice nécrologique sur M. LAILLER	1101
MAGNOL (voir Sacaze).	
Moncorvo Sur l'éléphanthiasis congénital	233
PAGE. — Cas rare de lichen plan de Wilson	171
PHILIPPSON. — L'eczéma séborrhéique	686
PHILIPPSON Quelques remarques sur la méthodologie de la dermato-	
logie actuelle	920
RASCH. — Contribution à l'étude des dermatoses d'origine arsenicale	150
REBOURGEON (voir Cathelineau).	
SABOURAUD (R.) Contribution à l'étude de la trichophytie humaine :	
les trichophytons à grosses spores	
SABOURAUD (R.). — Contribution à l'étude de la trichophytie humaine à	
grosses spores	
SABOURAUD (R.). — Sur l'hypothèse d'une existence saprophyte des	
trichophytions	561
SABRAZES (R.). — Favus de l'homme, de la poule et et du chien	340
EABRAZES (10.). — Favus de l'homme, de la poule et et du chien	340

Sugar et Musicon Musicoment de la cumbilità sérábula non los	Pages.
SACAZE et MAGNOL. — Traitement de la syphilis cérébrale par les injections d'huile grise	943
TOMMASOLI. — Sur l'histopathologie et la pathogenèse de l'ich-	
thyose 537,	709
Töröк. — De la nature des xanthomes	1261
TROUSSEAU. — L'eczéma palpébral	567
VIDAL (E.). — Éruption généralisée et symétrique de croûtes cornées	
avec chute des ongles, d'origine blennorrhagique	5
ZAROUBINE (V.), - Le réflexe tendineux du genou dans l'éruption	
primitive de la syphilis	840

\*\*\*\*\*

H monaine

ATT FOR THE PERSON OF THE PERS

## TABLE ALPHABÉTIQUE DES AUTEURS

# DONT LES TRAVAUX SONT PUBLIÉS OU ANALYSÉS DANS CE VOLUME

## A

ABRAHAM (Ph.), 89. ALEXANDER, 776. ALLAIN, 1236. ALLEN, 773, 777, 1327, 1330. ALLEN STARR, 69. ALLIOT, 1236. ANDERSON (Mac-Call), 214. ARANGO (Guttierez), 500. ARCHAMBAULT (Paul), 448. ARLHAC (d'), 1249. ARNAUD, 989. ARNING, 83. Arnozan, 521. AUBERT, 438. AUBERT (H.), 1238. AUDIGIER, 1063. AUDRY, 381, 384, 535, 650, 899, 983, 1204, 1256. AUMONT, 1058.

## B

Balzer, 359, 591, 617, 1075.
Banke, 648.
Bar, 1317.
Barbea, 455.
Barham, 55.
Barret, 289.
Barthélemy, 40, 51, 257, 276, 370, 377, 403, 757, 858, 875, 883, 1254, 1316.
Baddouin, 848.
Beathy (W.), 983.
Beausoleil, 207.
Benda, 297, 298.
Bérillon, 753.
Besnier (E.), 18, 22, 24, 25, 40, 41, 52, 181, 199, 359, 404, 410, 413, 447, 578, 591, 592, 593, 618, 730, 744, 752, 1180, 1185, 1194, 1207, 1301, 1307.

BEURMANN (de), 584. BLANC (W.), 494. BLASCHKO, 81, 679, 764, 765, 971, BODIN, 415. BOEVER, 1046. BOGDAN, 253, 1211, 1213. BONANDRINI, 991. Bonzon, 981. BOTHÉZAT, 212, 347, 952. BOUREAU, 1208. BOURGET, 1064. BOVERO, 105. Bowen, 209. Bransford-Lewis, 1079. BRIDIER, 1059. BRISTOWE, 657. Brocq, 20, 199, 200, 326, 749, 1157, 1175, 1180, 1185, 1296, 1309.
BRODIER, 440, 744, 1191.
BRONSON, 776. BROOKE, 62. BROUSSE, 347, 1215. BRUCK, 468, 469. Buisine, 1236. BULKLEY (Duncan), 990, 1048. BURI, 479. BURDIN, 1243. BUTTE, 434, 1257. BUZZI, 1073.

## C

CAHEN-BRACH, 528.
CAILLE DU BOURGUET, 460, 461.
CALANTONI, 109.
CALTON, 981.
CAMPANA, 988, 999, 1095.
CAMPBELL-WILLIAMS, 209.
CARPENTIER, 1054.
CARRIEU, 210.
CARSPARI, 302.

CASTAN, 212. CASTANEDA, 502, 994. CATHELINEAU, 182, 405, 458, 724. CAVAZZANI, 96. Сенак, 768, 770. CHALLAN DE BELVAL, 1077. CHATELAIN, 931. CHAUFFARD, 779, 780. CHAVES (Bruno), 447. CHIARI, 668. CHOTZEN, 1002. CHRÉTIEN, 1009. CHRISTIN, 1054. CLARKE, 997. CLAUDE, 584. COCHERIL, 58. Сони, 89. COLLINS, 503. COLOMBINI, 85, 93, 632, 1069. COMMENGE, 1259. CORLETT, 67, 989. CORNIL, 784. CORNIL, 784. CORRE, 1058. COUILLAUD, 33. Cousin, 981. Cozzi, 104. CUTLER, 91, 465, 778, 1328.

## D

DANSEUX, 1181. DARIER (A.), 731.

DARIER (J.), 33, 437, 592, 613, 752, 782, 849, 850, 858, 865, 875, 882, 893, 1302. DEBOVE, 1332. DEBRU, 1338. DEGOLA, 996. DELAROCHE, 1055. DELASSUN, 1339. DELBET, 782. DERVILLE, 59, 213. Desnos, 778. DEUGLER, 1341. DEVÈWRE, 463. DIDAY, 354. DIEULAFOY, 1343 DIND, 789. DOUTRELEPONT, 659. Doyon, 354. DREWS, 637. DUBOIS-HAVENITH, 405, 455, 462. DUBREUILH (W.), 329, 371, 375, 378, 379, 384, 459, 521.

DU CASTEL, 24, 260, 436, 444, 447, 578, 591, 729, 731, 846, 847, 848, 1188, 1185, 1300, 1307, 1309. DUCREY, 53, 498. DUHRING (L. A.), 63.

DUPLAY, 225. DURANTE, 785. DYER, 636.

## E

EHELENMEYER, 676,
EHRMANN, 310, 311, 312, 320, 473, 475, 514, 768, 769, 771, 772, 905, 918, 953.
ELLIOT (G.), 53, 482, 663, 775, 994, 1065.
ELSENBERG, 1066.
EMILY, 1235.
ERAUD, 268, 362, 371.
ERB, 670.
ESCANDE, 1340.
ESPINE (D'), 652.
ESTAY, 1057.
ETIENNE (G'), 1341.
EUDLITZ, 1062.

## F

FABRIS, 213, 227.

FATICHI, 91. FAVIER, 70. FEINBERG, 669. FERRAS, 649. FÉRÉ, 463. FEULARD, 31, 32, 51, 276, 573, 861, 863, 1311. FILAUDEAU, 978. FINGER, 787. Frocco, 213. FITCH (G. L.), 65. FOLLY, 320. FORDYCE, 490, 777, 1048, 1328, 1329. FORSTER, 638. FOULERTON, 520. FOURNIÉ, 1245. FOURNIER (A.). 24, 25, 39, 50, 51, 191, 199, 200, 260, 272, 275, 277, 578, 584, 603, 609, 613, 617, 682, 731, 740, 750, 848, 858, 864, 865, 1085, 1087, 1087, 1088, 1189, 1091, 101, 1088, 1087, 1088, 1189, 1201, 1210, 1296, 1297, 1300, 1301, 1307, 1309, 1315. FOURNIER (J.), 1237. Fox. 773, 774, 776, 777, 986, 995. 1047, 1330. FRIARTE, 993. FRIEDLANDER, 764. FROLOFF, 1096. FUBINI, 106!.

C

GAGLIO, 1096. GALEWSKI, 74. GALEZOWSKI, 200, 456, 753, 757, 896, 1312, 1316. GARCIA, 502. GASTOU, 736, 1195, 1307. GATTY, 656. GAUCHER, 22, 24. GAURAN, 1246. GAUTHIER (A.), 1251. GÉВНАВТ, 526. GÉMY, 1255. GAY, 1096. GÉRAUD, 95. GERBER, 664. GIBERT, 531. GIRAUD, 1242. GOLDSCHMIDT, 1331. GOLDZIEHER, 624, 763, 764, 971. GONNON, 1252. GORDES, 530. GOTTHEIL, 918. GRAZIA, 644. GRÉCIET, 1242. GRIMM, 315. GRINDON, 997. GRISEL, 1247. GRUNFELD, 313, 768. Guérin, 1235. GUIET, 1237. GUERMONPREZ, 58, 213. GUIRE (Mac.), 1093. GUINON (L.), 222. GUIZETTI, 90. GUYOT, 57.

### H

HANH, 103. HALLOPEAU, 18, 21, 41, 113, 176, 192, 195, 200, 277, 281, 357, 359, 379, 405, 436, 440, 584, 593, 618, 744, 749, 750, 757, 848, 876, 882, 935, 1037, 1180, 1183, 1191, 1254, 1275, 1288, 1290, 1291. HAMMOND, 1010. HANC, 1228. HARRISSON, 85. HASLUND, 410. HAVAS, 299. HAZAR, 1245. HEBRA, 316, 318, 319, 321, 322, 323, 769, 770, 771, 909, HEIDENHAIN, 661. HEIMANN, 763. HEINTZ, 1001. HEISLER, 649. HEITZMANN, 208. HELLER, 100, 470, 761. HERCZEL, 300. HILLEBRAND, 651. HIS, 218.

HJELMMAN, 1091.
HOCK, 960.
HOFFMANN, 760.
HOMEN, 665.
HOORN (van), 577.
HONGBERG, 1090.
HOROWITZ, 310, 313, 324, 769, 788.
HUDELO, 47, 260, 607, 750.
HUGOUNENO, 362.
HUIZINGUA, 797.
HUTINEL, 492.

#### I

IMBERT, 212. ISAAC, 468, 763, 969, 1052.

#### J

Jackson (G. T.), 230, 775.
Jacob (E. W.), 68.
Jacquet, 40, 180, 181, 182, 326, 1299, 1301.
Jacquett, 1075.
Jadassohn, 222.
Janet, 1013.
Jeanselme, 195, 277, 281, 593, 678, 876.
Jemma, 1095.
Joseph, 208, 295, 296, 638, 759.
Juhlel-Rénoy, 196, 252, 1331.
Jullien (L.), 450, 1207, 1301.
Just-Navarre, 106.

## K

Kaposi, 81, 82, 305, 309, 310, 311, 312, 314, 315, 317, 318, 319, 321, 322, 323, 324, 473, 474, 476, 766, 769, 770, 771, 773, 901, 907, 911, 954, 955, 956, 958, 959, 960, 964, 966, 1224, 1225, 1322, 1323, 1324, 1325.

Kabewsky, 761.

Kabewsky, 761.

Kaurin, 993.

Keller, 916, 982.

Kieschner, 510.

Klippel, 783.

Klotz, 465, 774, 1329.

Kobner, 179, 466, 627.

Kollmann, 678.

Kontrin, 302.

Koplik, 1080.

Kopp, 919.

Krefting, 167, 531, 836.

Kromayer, 231, 625.

KUNDRAT, 309, 992.

#### L

LAILLER, 277. LANCEREAUX, 289. LANG, 312, 313, 316, 323, 471, 772, 910, 952, 953, 954, 964, 966, 1219, 1220, 1322, 1323, 1326, 1327, 1337. LASSALLE, 464. LASSAR, 295, 466, 469, 478, 759, 764, 765, 913. LAURENT, 997. LAVERAN, 1334. LEBON, 979. LEDERMANN, 296, 298, 760, 761, 765, 1049, 1050. LE GENDRE, 779, 781, 1334. LEGRAIN, 460, 461. LEGRAND (P.), 980. LEGUEU, 1335. LEJARS, 273. LELOIR, 292, 325. LEMOINE, 61. LEREDDE, 1276. LEROUX (Ch.), 290. LETULLE, 1257. LEVEN, 211. Lewin (G.), 100, 296, 297, 298, 623, 624, 641, 758, 759, 760, 761, 763, 764, 765, 915, 968, 1051, 1052.
Liebrecht, 1001. LILIENTHAL, 624. LINDEN, 681. LOP, 989. LUCAS, 1241. LUKASIEWICZ, 310. LUTSGARTEN, 774, 777, 1329.

#### M

Macaigne, 1335.
Mackenzie, 638, 986.
Madon, 1237.
Magitot, 290.
Magnol, 943.
Mairet, 1258.
Manganotti, 109.
Mankiewicz, 761.
Mantegazza, 1071.
Marianelli, 67, 794.
Marie (Pierre), 230, 780, 1084.
Martin-Durr, 786.
Massazza, 1074.
Mathieu (A.), 11, 196, 378, 1201, 1248.
Mauriac, 223, 1093.
Mendel, 259, 406, 609, 611, 750, 864.
Meneau, 418.

MERMET, 1078. MESLAY, 876. MESLET, 1242. MESNY, 1243. MICHELE (DE), 101, 107. MILLARD, 1332. MILROY, 71. MOLLER, 66. MOLODENKOFF, 303. MONCORVO, 58, 233, 676. MOREL-LAVALLÉE, 49, 177, 199, 200, 376, 1336. Mobisson, 1012. MOREIRA, 111. Morrow (P. A.), 661, 775, 793, 1048, 1327. Моту, 371, 378, 1201, 1301. MRACECK, 475, 767, 901, 1221, 1222, 1223. MULLER, 644.

## N

NAGEOTTE, 1061.
NEISSER, 80, 82, 799.
NETTER, 1333.
NEUMANN (I.), 81, 179, 311, 313, 314, 315, 316, 317, 322, 323, 324, 472, 474, 475, 476, 674, 767, 768, 770, 905, 907, 909, 910, 957, 958, 963, 967, 1325, 1326.
NEUMANN (H.), 628.
NEVINS-HYDE, 1009.

## 0

Ohmann-Dumesnil, 508. Oppenheim, 915. Orillard, 459, 784. Oro, 53. Otis, 790.

#### P

PACTET, 783.
PAGE, 39, 171.
PALM, 1051.
PARA, 58.
PARIJA GARRIDO, 226.
PARIN, 1235.
PASCHKIS, 313, 911.
PELLIZARI (C.), 109, 224.
PERONI, 105.
PETER, 623, 762, 765, 1050.
PETERS, 296.
PETERS, 296.
PETERS, 296.
PETERS, 297.
PETERS, 298.
PETERS, 298.
PETERS, 298.
PETERS, 298.
PETERS, 296.
PETERS, 296.
PETERS, 296.
PETERS, 296.
PETERS, 296.
PETERS, 296.

PHILIPPE, 1054.
PHILIPPSON, 496, 639, 686, 920.
PIERINI, 1064.
PIFFABD, 778, 1048, 1073.
PIFFAULT, 982.
PTREE, 291, 1089.
POLITZER, 59, 1070.
POSPELOW, 177, 300, 301, 303.
POSNER, 974.
POUMAYRAC, 1238.
POUSABD, 1059.
PRENTISS, 919.
PRIGENT, 1244.
PROUFF, 289.
PUECH, 207.
PUY LE BLANC, 204.

## Q

QUINQUAUD, 254, 619, 731, 741, 859, 861, 1180, 1276.

#### R

RANSOM, 989. RASCH, 150. RAVOGLI, 663. RAYMOND (F.), 779. RAYMOND (P.), 578, 584, 862. RAYNAUD, 202. REALE, 74, 650. REBOUL, 1244. REBOURGEON, 458, 724. REGENSBURGER, 996. RÉNON, 439. RIERA, 226. RICHARDIÈRE, 1333. RILLE, 672. Risso, 65, 96. Robinson, 465, 775, 1047, 1330. **Roché**, 1244. ROCHON, 1058. RONA, 299. ROSENTHAL, 296, 467, 469, 759, 760, Rossi (A.), 89. Rossi (E.), 101. ROUSSEAU, 1235. ROUSSEL (Th.), 291. Roy, 976. RUEDA, 980.

#### S

SAALFELD, 93, 295, 296, 468, 470, 483, 1049. SABOLOTZKY, 302. SABOURAUD, 100, 115, 495, 561, 814, 1074.

SABRAZÈS, 340, 414, 1239. SACAZE, 943. SACHS, 1010. Salsotto, 97, 663. Schiff, 315, 769, 905, 1221, 1224. SCHLESINGER, 632. SCHULTEN, 998. SCHWARTZ, 977. SCHWENGERS, 97. SCHWENINGER, 1073. SCHWIMMER, 215, 787. Secrétan, 214. SEDERHOLM, 72. Sehlen (von), 83. Sherwell, 86, 210, 465, 775, 777, 1328, 1329, SHERWOOD-DUNN (S.), 995. SHŒMAKER, 988. SILEX, 294. SORRENTINO, 101. Souplet, 359, 1316, 1344. SPIETSCHKA, 528. STANZIALE, 498. STELWAGON, 67, 214. STILLING, 214. STRAUSS, 1005. SUPINO, 520. SWINBURNE, 1045. SZADEK, 111.

#### T

Taylob, 211, 790, 985, 1044, 1331.
Tenneson, 85, 858, 861, 1302, 1307.
Terson, 1309.
Thérault, 1062.
Thibierge, 276, 1185, 1317, 1334.
Thiray (P.), 782.
Thin, 437.
Tollemer, 1335.
Tommasoli, 535, 537, 677, 709.
Török, 1109, 1261.
Touton, 523, 653.
Traonouez, 1243.
Trousseau, 567.
Trzcinski, 526.
Tylden Brown, 1009, 1047.

## U

UGHETTO, 790. ULLMANN, 1215, 1217. UNNA, 533, 629.

#### V

Valdetaro, 1000. Vaughan, 464. Vialolli, 1240. Vidal (E.), 3, 21, 24, 39, 199, 289, 291, 325. Vineta-Bellaserba, 210. Vibohow, 477.

W

WAISMAN, 976. WAPPNER, 1322. WASILEWSKI, 795. WATRAZEWSKY, 620. WELANDER, 792. WERTHER, 103. Wickham (L.), 1183, 1185, 1189, 1292. Wolters, 516, 640.

V

YVINEC, 1055.

Z

Zambaco, 289, 290, 591, 592, 593, 596, 752, 753, 757.
Zaroubine, 840.
Zeisbl (von), 312, 1011, 1078.

# TABLE ALPHABÉTIQUE ET MÉTHODIQUE DES MATIÈRES

## DU TOME VI. - TROISIÈME SÉRIE

## 1893

A		BLENNORRHAGIE	
	Pages.		Pages
Acné frambæsiforme,par Ullmann	1217	Blennorrhagie en général, par AU-	
- pigmentaire, par LEWIN	760	DRY	125
- scutulaire, par AUDRY	983	- chez la femme, par PRIGENT	124
— télangiectasique, par KAPOSI. 1225	,1324	<ul> <li>diagnostic de l'uréthrite posté-</li> </ul>	
- varioliforme, par KAPOSI	318	rieure, par DIND	78
- par Allen	773	Bactériologie de la -, par CARPEN-	
Actinomycose, par Kaposi 309	9, 323	TIER	105
- de la face par CAILLE DU		- par D'ARLHAC	1249
BOURGUET et E. LEGRAIN	460	Culture du gonocoque, par Risso	6
thoracique, traitée par l'iodure		— раг Севнавт	52
de potassium, par NETTER	1333	Leucorrhée des petites filles, par	
Alopécie, par ELLIOT	482	CAHEN-BRACH	528
- atrophique, par DUBREUILH	329	Vulvo-vaginite des petites filles, par	
- en aires, par EHRMANN	953	ED. MARTIN	9
- congénitale, par AUDRY	899	- par KOPLIK	108
Alumnol, par HEINZ et LIEBRECHT.	1001	- longue incubation de la blen-	
— par CHOTZEN	1002	norrhagie, par MOREL-LAVAL-	
Angiokératome, par PIFFAULT	982	LÉE	133
— par Joseph 200	8, 295	- maladie générale, par SOUPLET.	134
- par AUDRY	381	the state of the s	
- par ESCANDE	1340	Complications.	
- plan, par W. DUBREUILH	379	Métastases dans la blennorrha-	
Anglome caverneux, par PETER	623	gie, par Horowitz	78
Arabes (affections cutanées des),		Disparition d'un écoulement blen-	
par L. RAYNAUD	202	norhagique pendant le cours	
Aristol, ses propriétés, par KELLER.	982	d'une pneumonie, retour de l'é-	
Arsenic, dermatoses arsenicales, par		coulement après guérison, par	
RASCH	150	BogDAN	25
- (troubles génitaux causés par		Synovite suppurée par TOLLEMER	
l'—), par VIALOLLI	1240	et MACAIGNE	133
- (intoxication par l' -), par CA-		Arthropathie blennorrhagique, par	100
THELINEAU	405	LANG 47	1_199
Atrophie cutanée, par TAYLOR	985	Arthrite blennorrhagique et son	1-122
anopulo valanto, par antara		traitement, par FILIPPI	105
		- traitée par l'arthrotomie, par	103
В			105
		- traitement préventif par l'ar-	100
Brûlures (altérations du sang dans	000	- traitement preventil par lar-	78

	Pages.		Pages
Rhumatisme blennorrhagique des		Carcinome du palais, par NEUMANN.	472
enfants, par L. GUINON	222	par KAPOSI	473
— par Richardière	1334	Chéloide, par TAYLOR	211
Complications cardiaques, par H1s	218	- de l'oreille, par LASSALLE	464
Névralgies blennorrhagiques, par		- spontanée par HEIMANN	763
MADON	1237	- multiple par Bonzon	981
Inflammation des glandes du pénis,		- traitée par les injections d'huile	
par Touton	523	créosotée, par P. MARIE	780
Eruption généralisée et symétri-		Chleasma, par JOSEPH	295
que de croûtes cornées avec chute		Chlorure d'éthyle en dermatothé-	
des ongles, par E. VIDAL	3	rapie, par EHRMANN	918
Albuminurie de la-, par GÉRAUD.	95	Clous de Biskra, par MOTY 4	1,371
- par BALZER et JACQUINET	1075	Colloid milium, par Fox. 777, 986,	1047
Orchite (bactérie de l'), par ERAUD		Comedons de la région périanale,	
et HUGOUNENQ	362	par LANG	954
Epidymite, par UGHETTO	790	Condylomes acuminés par DUCREY	
Gangrène testiculaire, par Bog-		et Oro	53
DAN	1211	Corne unguéale, par HALLOPEAU.	750
Prostatite par FINGER	786	Cosmetiques, par SAALFELD	483
Péritonite blennorrhagique, par		Cuir chevelu (lupus ou syphilis du),	
CHALLAN DE BELVAL	1077	par P. Morrow	1048
- chez l'homme, par Zeissi	1078	•	
- pelvi-péritonite chez l'homme,		Chancre.	
consécutive à une orchi-épididy-		Chancre.	
mite, par MERMET	1078	Chancre mou, par GIBERT	531
***********		1 1 11 0	017
		- avec lymphangile, par GRIMM.	315
Traitement.		- avec lymphangile, par GRIMM (microbe du—), par KREFTING,	819
Traitement.		- (microbe du-), par Krefting,	31,836
Traitement de la blennorrhagie,		- (microbe du-), par Krefting,	
Traitement de la blennorrhagie, par Porter Fiske	1079	— (microbe du—), par Krefting, 167,5	31,836
Traitement de la blennorrhagie, par PORTER FISKE Traitement abortif, par JANET	1079 1013	— (microbe du—), par Krefting, 167,5 — — par Unna	31,836 533
Traitement de la blennorrhagie, par Porter Fiske  Traitement abortif, par JANET  — traitement par les lavages au	1013	— (microbe du—), par Krefting, 167,5  — — par Unna  — — par Audry	31,836 533 535
Traitement de la blennorrhagie, par Porter Fiske Traitement abortif, par JANET — traitement par les lavages au siphon, par DELAROCHE	1013	— (microbe du—), par Krefting, 167,5  — — par Unna  — — par Audry  — gangréneux, par Gordes	533 535 530
Traitement de la blennorrhagie, par Porter Fiske Traitement abortif, par JANET — traitement par les lavages au siphon, par DELAROCHE — par DEBRU	1013 1055 1338	— (microbe du—), par Krefting, 167,5  — — par Unna  — par Audry  — gangréneux, par Gordes  — et bubon par Tommasoli	533 535 530
Traitement de la blennorrhagie, par Porter Fiske Traitement abortif, par Janet — traitement par les lavages au siphon, par Delaroche — par Debru — par les antrophores, par Lang.	1013	— (microbe du—), par Krefting, 167,5  — — par Unna  — par Audry  — gangréneux, par Gordes  — et bubon par Tommasoli  — traité par l'europhène, par Es-	31,836 533 535 530 535
Traitement de la blennorrhagie, par PORTER FISKE	1013 1055 1338	— (microbe du—), par Krefting, 167,5  — par Unna	31,836 533 535 530 535
Traitement de la blennorrhagie, par Porter Fiske  Traitement abortif, par Janet  — traitement par les lavages au siphon, par Delaroche  — par Debru  — par les antrophores, par Lang.  — traitement par les instillations, seringue nouvelle, par Fried-	1013 1055 1338	— (microbe du—), par Krefting, 167,5  — par Unna  — par AUDRY  — gangréneux, par Gordes  — et bubon par Tommasoli  — traité par l'europhène, par Es- TAY  — (traitement du—), par CAVAZ- ZANI.	31,836 533 535 530 535
Traitement de la blennorrhagie, par Porter Fiske  Traitement abortif, par Janet  — traitement par les lavages au siphon, par Delaroche  — par Debru  — par les antrophores, par Lang.  — traitement par les instillations, seringue nouvelle, par Friedlander.	1013 1055 1338	— (microbe du—), par Krefting, 167,5  — par Unna  — par ATDRY  — gangréneux, par Gordes  — et bubon par Tommasoli  — traité par l'europhène, par Es- TAY  — (traitement du—), par CAVAZ- ZANI  — traitement par l'eau chaude,	31,836 533 535 530 535
Traitement de la blennorrhagie, par Porter Fiske  Traitement abortif, par Janet  — traitement par les lavages au siphon, par Delaroche  — par Debru  — par les antrophores, par Lang.  — traitement par les instillations, seringue nouvelle, par Fried-	1013 1055 1338 313	— (microbe du—), par Krefting,  167,5  — par Unna	31,836 533 535 530 535 1057
Traitement de la blennorrhagie, par Porter Fiske	1013 1055 1338 313	— (microbe du—), par Krefting,  167,5  — par Unna	31,836 533 535 530 535 1057
Traitement de la blennorrhagie, par Porter Fiske  Traitement abortif, par Janet  — traitement par les lavages au siphon, par Delaroche  — par Debru  — par les antrophores, par Lang.  — traitement par les instillations, seringue nouvelle, par Friedlander.  Inoculations de la blennorrhagie,	1013 1055 1338 313 764	— (microbe du—), par Krefting,  167,5  — par Unna	31,836 533 535 530 535 1057 96 1237
Traitement de la blennorrhagie, par Porter Fiske	1013 1055 1338 313 764	— (microbe du—), par Krefting,  167,5  — par Unna	31,836 533 535 530 535 1057 96 1237
Traitement de la blennorrhagie, par Porter Fiske	1013 1055 1338 313 764 1208	— (microbe du—), par Krefting,  167,5  — par Unna	31,836 533 535 530 535 1057 96 1237 97
Traitement de la blennorrhagie, par Porter Fiske	1013 1055 1338 313 764 1208	— (microbe du—), par Krefting,  167,5  — par Unna	31,836 533 535 530 535 1057 96 1237 97 528 790
Traitement de la blennorrhagie, par Porter Fiske	1013 1055 1338 313 764 1208	— (microbe du—), par Krefting,  167,5  — par Unna	31,836 533 535 530 535 1057 96 1237 97 528 790 347
Traitement de la blennorrhagie, par Porter Fiske	1013 1055 1338 313 764 1208	— (microbe du—), par Krefting,  167,5  — par Unna	31,836 533 535 530 535 1057 96 1237 97 528 790
Traitement de la blennorrhagie, par Porter Fiske	1013 1055 1338 313 764 1208	— (microbe du—), par Krefting,  167,5  — par Unna	31,836 533 535 530 535 1057 96 1237 97 528 790 347
Traitement de la blennorrhagie, par Porter Fiske	1013 1055 1338 313 764 1208	— (microbe du—), par Krefting,  167,5  — par Unna	31,836 533 535 530 535 1057 96 1237 97 528 790 347
Traitement de la blennorrhagie, par Porter Fiske	1013 1055 1338 313 764 1208 222	— (microbe du—), par Krefting,  167,5  — par Unna	31,836 533 535 530 535 1057 96 1237 97 528 790 347
Traitement de la blennorrhagie, par Porter Fiske  Traitement abortif, par Janet  traitement par les lavages au siphon, par Delaroche  par Debru  par les antrophores, par Lang.  par les antrophores, par Lang.  traitement par les instillations, seringue nouvelle, par Friedlander.  Inoculations de la blennorrhagie, et abortion, par Boureau  Traitement par l'ichtyol, par Jadassohn.  Voir aussi à Uréthrite  C  Cacherie brenzée, par Castan et Imbert.  Carcinome épithélial de la paupière,	1013 1055 1338 313 764 1208 222	— (microbe du—), par Krefting,  167,5  — par Unna	31,836 533 535 536 535 1057 96 1237 97 528 790 347 1057
Traitement de la blennorrhagie, par Porter Fiske  Traitement abortif, par Janet  traitement par les lavages au siphon, par Delaroche  par Debru  par les antrophores, par Lang.  traitement par les instillations, seringue nouvelle, par Friedlander.  Inoculations de la blennorrhagie, et abortion, par Boureau  Traitement par l'ichtyol, par Jadassohn.  Voir aussi à Uréthrite  C  Cachexie brenzée, par Castan et Imbert  Carcinome épithélial de la paupière,	1013 1055 1338 313 764 1208 222 212	— (microbe du—), par Krefting,  167,5  — par Unna	31,836 533 535 530 535 1057 96 1237 97 528 790 347 1057
Traitement de la blennorrhagie, par Porter Fiske  Traitement abortif, par Janet  — traitement par les lavages au siphon, par Delaroche  — par Debru  — par les antrophores, par Lang  — traitement par les instillations, seringue nouvelle, par Friedlander.  Inoculations de la blennorrhagie, et abortion, par Boureau  Traitement par l'ichtyol, par Jadassohn  Voir aussi à Uréthrite  C  Cachexie brenzée, par Castan et Imbert  Carcinome épithélial de la paupière, par Kaposi	1013 1055 1338 313 764 1208 222 212 24,1325	— (microbe du—), par Krefting,  167,5  — par Unna	31,836 533 535 530 535 1057 96 1237 97 528 790 347 1057

	Pages.	E	
Dermatite exfoliatrice, par de BEUR-			Pages.
MANN et CLAUDE	584	Bezéma, par KAPOSI	319
- herpétiforme, par MACKENZIE.	986	<ul> <li>artificiel et erythème toxique,</li> </ul>	
— par Peter	1050	par Kaposi	964
- par L. WICKHAM	1183	<ul> <li>chronique (histologie de l' —),</li> </ul>	
- ses rapports avec le pemphigus		par Campana	988
foliacé, par HALLOPEAU	18	- de la lèvre inférieure, par	
- simulant les prurigos diathési-		COLOMBINI	636
ques, par AUDRY	1204	- de la verge, par NEUMANN	311
- en relation avec une affection		- des paupières, par TROUSSEAU	567
utérine par G. Elliot	53	- d'origine nerveuse, par BARHAM	55
Dermatite gangréneuse, par CAMP-		- réflexe chez les enfants, par	
BELL WILLIAMS	209	DYER	636
Dermatite infantile, par LASSAR.	764	- impétigineux chez les enfants,	
- scarlatiniforme hémorrhagique		par PETIT-DIDIER	1338
compliquée d'endo-péricardite,		- séborrhéique par PHILIPPSON.	686
par HALLOPEAU et BRODIER.	440	par Elliot	1065
Dermatologie (méthodologie de		- (traitement de l'), par SAAL-	
la), par PHILIPPSON	920	FELD	470
- classification, par HALLOPEAU	1275	par Buri	479
- (méthode graphique en), par		par Drews	637
Brocq	1157	- par le caoutchouc, par Cou-	
- (enseignement de la), dans les		SIN	981
universités allemandes, par NEIS		Qu'est-ce que l'eczéma, par Kro-	
SER	799	MAYER	231
— (remèdes nouveaux en —), par		Electrolyse dans les maladies de	-01
STRAUSS	1005	la peau, par J. Bowen	209
Bernatoses (toxicité du sérum san	1000	Éléphantiasis des Arabes, par	200
guin dans les), par QUINQUAUD	619	KAPOSI	315
	013	Éléphantiasis compliqué de mé-	010
- (état du sang dans les), par	ana	lano-sarcome par KAPOSI	907
SCHLESINGER	632	- congénital, par Moncorvo.	233
- à localisations sur les muqueu-	000	- par P. ARCHAMBAULT	448
ses, par SHOEMAKEB	988		57
- liées aux troubles gastro-intes-		— indigène, par GUYOT	91
tinaux chez l'enfant, par		- nostras, par FOURNIER et	770
SCHWARTZ	977	MENDEL	750
Dermite vésiculeuse des mains, par		- des paupières, par GUIET	1237
PUY LE BLANC	204	— (traitement de l' —), par RAN-	000
Dermographisme, par BABTHÉLEMY		SOM	989
Diabète et traitement mercuriel, par		Engelures anormales, par Guérin	1235
Morrow	775	Éphélides ; traitement par VAN	
Diagnostic (cas pour le), par Fox	773	HOORN	577
- par Bronson	776	Épididymite tuberculeuse, par LE-	
- par FORDYCE	777	DERMANN	761
- par Robinson	1047	Epithéliome de l'angle interne de	
- par Sherwell	1328	l'œil, guérison, par A. DARIER	733
Syphilis ou dermatoneurose, par		- du pavillon de l'oreille, par	58
JACQUET		GUERMONPREZ et COCHERIL	58
Dystrephie papillaire et pigmentaire		- superficiel de la poitrine et du	****
(acanthosis nigricans), par J. DA-		front, par Fox	1330
RIER		- de la langue, par NEUMANN	311
- par Hallopeau, Jeanselme		- végétant du nez, par Du	9 77
et Meslay	876	CASTEL	729

- 1	ages.	F	
Epitheliome sur un nœvus, par		_	ages.
CORNIL	784	Pavus, contagion par les rats, par	
- de la verge, par FOURNIER et		SHERWELL	210
DARIER	613	- épidermique, par DERVILLE	59
par DURANTE	785	- de l'homme, pluralité des favus,	
Épithéliona et psorospermie, par		par Bodin	415
CLARKE	997	- du chien et de la poule, par	
- (curabilité des -), par LASSAR.	478		1239
- kystique bénin, par FORDYCE.	490	- du trone, par KAPOSI	324
Eruption bulleuse des mains, par		— dans le département de l'Hé-	021
PIFFARD	778	rault, par DELASSUN	1339
- du cou, par CUTTLER	1328	- (traitement du), par REALE.	650
-médicamenteuses, par FORSTER.	638		000
- vaccinales, par Waïsman	977	- et pelade traitées par le naphtol par VINETA BELLA-	
- érythémateuses anormales, par			010
	1324	SERRA	210
Érythème chez un enfant atteint de	1021	- pseudo-tuberculoses faviques	
•		expérimentales, par SABRAZÈS.	414
malformation congénitale du	888	— — par Rénon	439
cœur, par LUTSGARTEN	777	Pibrome molluseum généralisé, par	
- dans la fièvre typhoïde, par	001	CAILLE DU BOURGUET et LE-	
CALTON	981	GRAIN	461
- dans la pneumonie, par	000	Pilaire, par Lucas	1241
ARNAUD et LOP	989	- par LAVERAN	1334
- fessier chez les petits enfants,		— (embryons de —), par Moty	1201
par H. AUBERT	1238	Folliculites : acnitis et folliclis, par	
- infectieux, par HUTINEL	492	BARTHÉLEMY	883
- iris, par NEUMANN	474	- décalvante, par DUCREY et	
— — chronique généralisé, par		STANZIALE	498
NEUMANN	957	Puronoles dans l'hémiplégie par	
et multiforme, par Kaposi	769	MATIGNON	638
- multiforme par NEUMANN	311		
<ul> <li>généralisé, par FORDYCE</li> </ul>	1048		
- noueux, par NEUMANN	474	G	
- par ORILLARD et SABOURAUD.	495	Cata (anatomia nethologicus de	
- de la bouche, par MIL-		Gale (anatomie pathologique de	450
LARD	1332	la), par DUBREUILH	459
contagion, par PARA	58	- et néphrite, par BOTHÉZAT	952
- noueux palustre,par Moncorvo.	58	Gallanol, par Gonnon	1252
- et tuberculose, par Buisine.	1236	Gangrène des extrémités, par	
- palmaire et plantaire, par KLOTZ.	465	ELSENBERG	1066
- papuleux, par LUTSGARTEN	774	chez une enfant, par MEN-	
- et purpura, par SHERWELL	775	DEL 40	7, 609
- scarlatiniforme, par W. BLANC.	494	Glossite exfoliatrice, par ALLEN	777
par LE GENDRE	1334	Greffe cutanée, par LANG	1337
- dans la fièvre typhoïde, par		Grippe (éruptions de la -), par	
LE GENDRE	781	CARRIEU	210
- polymorphe ou syphilis, par	101	Herpès, stomatite herpétique chez	
KLOTZ	1329	les enfants, par LEBON	979
Érythredermie exfoliante, par PHI-	1020	- généralisé, par Colombini	1069
	400	- tonsurant maculeux,par HAVAS	299
LIPPSON	496	- vacciniforme du jeune âge, par	200
Europhène, par GOTTHEIL	918	A. FOURNIER	25
— par KOPP	919	- zoster, par EHRMANN	311

Pages.	Pages
Eydrargyrie de cause externe, érup-	Lèpre, par Castaneda 994
tion scarlatiniforme et impéti-	- à manifestations multiples et
gineuse, par A. FOURNIER 272	The state of the s
- d'origine externe, dermatite	PEAU et JEANSELME 281
eczémateuse exfoliatrice mercu-	— poussée aiguë et lésions des nerfs,
rielle, par GASTOU 736	par HALLOPRAU et JEANSELME 593
Hydroa buccal, par DU CASTEL 847	- nerveuse des pays tropicaux,
Hydrosadénite destructive suppu-	par RUEDA 980
rante, par POLITZER 59	systématisée nerveuse simulant
Eymen (imperforation de l' -), par	la syringomyélie, par CHAUF-
NEUMANN 958	
Hypertrichese, par JOSEPH 638	
- par POUMAYRAC 1230	
Bystérie (éruption dans l' -), par	DEBOVE 1332
GAUTHIER 125	
	LOW 303
	- par GARCIA et CASTANEDA 502
I	- ou sarcome, par Robinson 465
Ichtyese, histopathologie et patho-	— et simili-lèpre, par Du Castel44, 591
genèse, par TOMMASOLI 537, 70	
- congénitale, par ALLAIN 123	( ) Para
- hystrix, par Kaposi 30	
- et stries atrophiques, par TAY-	100000000000000000000000000000000000000
	gique dans le diagnostic des for-
letère (éruption dans l' —), par	and it discon, par a random,,
	- (étiologie de la), par G. L.
LEVEN	
	- ondago par in tobro,
Impétige contagieux, par MRACER. 90	- dans to mind do in I tuneo, pin
- des enfants, par CH. LEBOUX. 29	DAMBACO
Intexication par viande de porc, par	- Lépreux en France, par LELOIR 293
JUHEL-RENOY 133	- de prembre, par racers ce
	BARET 289
Iedisme (éruptions —), par P.	par ZAMBACO 289, 75
LEGRAND 96	cugoto des Tyrences es par
Iodoforme, éruptions iodoformiques. 18	
Iodol, par SCHWIMMER 21	- par za: 2000000000000000000000000000000000000
	— par MAGITOT 290
K	- isolement des lépreux, par
	KAURIN 99
Kėloide, voir Chėloide 21	1 — (traitement de la —), par CAR-
Kérateneses (critique anatomique	REAU 50
de quelques -), par AUDRY 30	64 - par l'otoba, par FRIARTE. 99
Keratese folliculaire contagieuse,	Lèvre, ulcération de nature douteuse
par BROOKE	52 par PETER 76
•	Lichen pilaire, par LASSAR 91
L	- plan, par PAGE 17
L	par ALLEN 133
Langue (ulcération de la), par	Lichen plan simulant un pityriasis
LEWIN 10	
	28 — — de la cavité buccale, par
	00 H. FEULARD
	10 — traité par l'hydrothérapie,
	74 par PAGE
	11 par 1 AUE

Pages.	Pages
Lichen, ruber, par MOLLER 66	Kaladie de Korvan ou lèpre, par
par LASSAR 913	DEBOVE 1332
— par ISAAC 965	Maladie de Paget, par J. DARIER
acuminé, par NEUMANN 315	et COUILLAUD 33
— — — par Kaposi 956-1325	— par SCHULTEN 998
- ruber plan, par KAPOSI 323	Maladie de Raynaud, par DE
— — du pénis, par LANG 1329	GRAZIA 644
— — universel, par OPPENHEIM. 915	— par Sherwell 777
- des scrofuleux, par EHRMANN 905	Maladie bulleuse à kystes épidermi-
Lichenisication, par GIRAUD 1242	ques développés dans le jeune
Lipomes multiples simulant des	âge, par CH. QUINQUAUD 741
tumeurs de la parotide et du	Haladies de la peau de cause ner-
corps thyroïde, par HALLOPBAU	veuse, par Corlett 67
et JEANSELME 195	Maladie pigmentée urticante, par
Lupus de la face, par ROBINSON. 465	QUINQUAUD 859
- du larynx, par BEAUSOLEIL. 207	Maladies de la peau : iconogra-
<ul> <li>de l'oreille moyenne, par WAPP-</li> </ul>	phie, par CHATELAIN 931
NER 1322	<b>E</b> élanodermie localisée ressemblant
- du nez, par STELWAGON 67	à la lèpre maculeuse, par
— de la verge et du scrotum,	E. GAUCHER 22
par KONTRIM 302	- des vagabonds, par GRISEL 1247
- disseminé, par GOLDZIEHER 764	Menthel, par Colombini 93
— — par PHILIPPSON 639	Mercure végétal, par CATHELINEAU
- érythémateux, par HAVAS 299	et REBOURGEON 458,724
par Lassar 466	Holluseum de la grande lèvre, par
par LANG 1323	ORBILLARD 784
— — par Bronson 776	Molluscum centagiosum (anatomie du
par Kaposi 966-1322	—), par Kromayer 625
— — disséminé, par LILIENTHAL 624	- des régions périanales, péri-
par Brocq 1175	vulvaires et inguino-crurales,
— — — du visage, par LUTSGAR-	par BARTHÉLEMY 257
TEN 1329	Voir aussi Acné varioliforme 318
<ul> <li>traité par le phosphore, par</li> </ul>	Morphée, par L. A. DUHRING 63
BULKLEY 990	- par Sherwell 1329
- (contagion du -), par CORLETT 989	- morphœa alba plana, par
- (inoculation du -), par WOLTERS 649	HALLOPEAU 41,176
par LANG 1322	Euraré ou mercure végétal, par Ca-
- et grossesse, par BAR et THI-	THELINEAU et REBOURGEON 458,724
BIERGE 1317	Hyeosis fongoide, par MARIANELLI. 67
— (traitement du —), par les	- par Hallopeau et Jeanselme. 277
greffes cutanées, par SCHIFF 1224	— par Virchow 477
- par la chrysarobine, par Bonan-	— par Fox 776
DRINI 991	— par TENNESON 848
- (cas de - ?), par HEBRA 321	- par QUINQUAUD et LEREDDE. 1276
Lymphosarcome de la peau, par	- d'emblée compliqué de gan-
KUNDRAT 992	grène massive avec dénudation
	du squelette, par HALLOPEAU. 357
	- (parasite du sang dans le -),
M	par E. VIDAL 289
Mai perferant, par Bothézat 212	
Hal perferant, par BOTHÉZAT 212 Haladie d'Addison, par LEWIN 641	N
- par EHRMANN	Nécrologie, professeur HARDY 113
- pm EHRMANN	Necrologie, professeur HARDY 113

	Pages.	Pag	ges.
Nécrologie, P. HORTELOUP	1	Peau (anatomie pathologique de la	
- KUNDRAT	804		629
	, 1101	- (difformité de la), chez les	
- PIGNOT	934		163
- E. VIDAL 60	85,805	— (fonctions des glandes de la	
Nevro dermites, par L. WICKHAM.	1292	—), par W. BEATTY 9	983
Névremes plexiformes par MESLET.	1242	- lâche, cutis laxa par SCHWIM-	
NEVUS nératosique, par ROUSSEAU.	1235	MER	787
— pigmentaire, par Kaposi	305	— (physiologie des glandes de la	
- par FILANDEAU	978		297
- verruqueux, par SAALFELD	1049	— (Pigment de la —), par EHR-	
— — unilatéral, par MULLER	644		514
— par Petersen	645	— (tissu élastique de la —), par	
<ul> <li>avec dégénérescence, par</li> </ul>		SEDERHOLM	72
ELLIOT	994		235
<ul> <li>traité par l'électrolyse, par</li> </ul>		Pelade, par OHMANN-DUMESNIL.	<b>50</b> 8
G. H. Fox	995	— et épilepsie, par FÉRÉ	463
		- et vitiligo, par FEULARD. 31,13	311
0		par Dubreuilh	375
Edème aigu circonscrit, par CULTER.	778	par MOREL-LAVALLÉE	376
angéio-neurotique, par CoL-		par Barthélemy	403
	503	- traitement par les eaux sulfu-	
- chronique d'origine ortiée, par	000	reuses, par FERRAS	649
HALLOPEAU	192	- traitement par l'essence de	
- circonscrit, par ALLEN STARR.	69	Wintergreen, par HALLOPEAU	618
- cutané par Jacob	58	Voir aussi Alopécie.	
- par BANKE	648	Pemphigus, par LASSAR	466
- héréditaire, par MILROY	71	<ul> <li>chronique, variété herpétiforme</li> </ul>	
- intermittent du scrotum et des		grave, par HALLOPEAU et BRO-	
extrémités, par LE GENDRE	779	DIER	744
- névropathique, par MATHIEU.	11	- circiné, par KAPOSI	318
- du prépuce, par ULLMANN	1215		510
- rhumatismal, par FAVIER	70	- avec érythème polymorphe, par	
Ongles, maladie non décrite, par		SHERWOOD-DUNN	995
Joseph	296		766
Ossification irrégulière du crâne,		•	996
par LANG	953	— (liquide des bulles du —), par	
Pm 2002000000000000000000000000000000000	000	REALE	74
P		// F	297
		71	974
Palais (tumeur du —), par LEWIN.	1051	- suppuration en trajet canalicu-	
Papillemes (étiologie des -), par		laire le long du raphé médian	
FABRIS et FIOCCO	213	du — et du scrotum, par BALZER	
<ul> <li>corné névropathique, par AIM.</li> </ul>			359
MATHIEU	1248		578
- du pénis, par LANG	964	Phthiriase des paupières, par BUR-	
- des raffineurs de pétrole, par			243
DERVILLE et GUERMONPREZ	213	- migrations des pediculi, par	
Peau (aborption de la), par			997
FUBINI et PIERINI	1064		649
- absorption de l'acide salicyli-		Pediculi dans l'impétigo, par DE-	
que dans le traitement du rhu-			463
matisme, par Bourget	1064	Pilocarpine, par PRENTISS	919

	Pages.	R	
Pyosepticomies médicales, par			Pages.
ÉTIENNE	1341	Rash dans la rougeole, par J.	
Pityriasis pilaire, par NEUMANN	909	HARRISON	81
- rubra, par BRUCK	469	Rhinosolérome, par COLOMBINI	85
par DeGola	996	- par SECRETAN et STILLING	214
— — pilaire, par GALEWSKY	74	- par Jackson	775
par AUDRY	650	Rubéole, par ALLIOT	1236
par Hebra	909		
ou lichen ruber, par Hal-			
LOPEAU et BRODIER	1191	1-1	
Plique, par STELWAGON	214	Sarcematose cutanée, par S. SHER-	
Polypes de la cavité buccale, par		WELL	86
CASPARI	302	par KAPOSI	305
Prickly heat, par POLLITZER	1070	- par Touton	658
Prurige, par CUTLER	465	— par GATTI	656
- de Hebra : examen histologique,		Sarcome multiple, par KAPOSI	955
par DARIER	893	- du cuir chevelu, par Rossi	89
- et pruritus, par TENNESON	85	— multiples du cuir chevelu, par	09
Prurit cutané généralisé, par RONA	299	Cohn	89
- de terre, par PEYRE PORCHER.	650	- de la peau, par Ph. ABRAHAM.	89
Psoriasis, par MRACEK			
- par NEUMANN	910	par Bristowe 65	1,000
- par KAPOSI		- pigmentaire idiopathique mul-	0.50
— généralisé, par Kaposi314,	317	tiple, par KAPOSI	958
- grave, par KAPOSI	960	Saturnisme : liséré gingival, par	1010
- lingual, par G. LEWIN	759	MESNY	1243
- avec localisations le long des		Searlatine intense, par ROBINSON.	775
nerfs, par Thibierge	1185	Selereme pigmentaire, par HEBRA.	909
- des ongles, par MENEAU	418	Scierodermie, par WOLTERS	516
- papillaire fongoïde, par KAPOSI	954	- par SUPINO	520
— (histologie du —), par PIFFARD,	201	— et gangrène, par FOULERTON.	<b>52</b> 0
— (mistologie du —), par l'IFFARD, 1048,	1079	- circonscrite, par KAPOSI 911	
par Mantegazza		— partielle, par GOLDZIEHER	624
- (poussée aiguë de), simulant	1011	<ul> <li>avec sclérodactylie, par Z▲M-</li> </ul>	
	1100	BACO et BÉRILLON	753
l'eczéma, par Wickham	1109	Sébacée (sécrétion —), par GRÉCIET	1242
- traitement du -), par HILLE-	021		
BRAND	651	Sociétés savantes	
- (variété rarede), par KAPOSI	901	Académie de médecine de New-	
- vulgaire disséminé, par JOSEPH	295	York	1045
Psorospermies et épithéliomes, par		Académie de médecine de Paris.	289
CLARKE	997	Académie des sciences et lettres	200
Psorospermose folliculaire, par		de Montpellier	1215
SCHWENINGER et BUZZI	1073	Association américaine de chirur-	1210
— et ichtyose cornée, par C▲M-			
PANA	999	giens des maladies des voies uri-	1044
Purpura, par EHRMANN	771	naires	1044
- hémorrhagique, par VIGENAUD.	83	Collège des médecins de Vienne	786
- par MICHEL DANSAC	83	Société anatomique de Paris	782
- par d'Espine	652	Société d'anatomie et de physiolo-	
- avec chorée et néphrite, par		gie normales et pathologiques de	
HELLER	470	Bordeaux	207
— et pleurésie, par Gastou	1195	Société berlinoise de dermatologie.	295
- iodique, par LEMOINE	65	466, 623, 758, 913, 968,	1049

Page s		Pages
Société de biologie	Thérapeutique: emploi combiné de	
Société française de dermatologie	la teinture d'iode, de l'acide	
et de syphiligraphie 17, 176, 180,	phénique et du chloral, par W.	
252, 356, 403, 439, 572, 729, 844, 845,	CUTLER	91
1173, 1175, 1274	Voir aux divers médicaments	
Société de dermatologie de New-York 464	Europhène, Iodol, Losophane, etc.	
7 <b>7</b> 3, 13 <b>2</b> 7	Thilanine et tuménol, par Fox	774
Société impériale et royale des	Thiesinamine (ulcérations dues aux	805
médecins de Vienne 305, 1337	injections de —), par SCHIFF	905
Société italienne de dermatologie. 536	Tique dans l'espèce humaine, par	
Société de médecins de Bâle 479	DESNOS et LABOULBÈNE	778
Société de médecine de Berlin 294	Trichephytie du tronc, par NEU-	
477, 627	MANN	323
Société de médecine de Buda-Pesth. 787	— de la muqueuse des lèvres, par	
Société de médecine et de chirur-	ROBINSON	1330
gie pratiques de Montpellier 207	- à dermite profonde, par SABOU-	
464, 952	RAUD	1074
Société médicale des hôpitaux de	- des mains, par ARNOZAN et	
Paris 778	DUBREUILH	521
Société médicale du IX <sup>o</sup> arrondis-	- à grosses spores, par SABOU-	
sement de Paris 1336	RAUD116,	814
Société royale des médecins hon-	Trichophyton: (existence sapro-	
grois à Buda-Pesth 299	phyte des —),par SABOURAUD.	561
Société viennoise de dermatologie, 309	- (inoculation de cultures pures	
471, 706, 901, 952, 1215, 1322	de —), par FOLLY	320
Société de vénéréologie et de der-	Trophiques. Lésions trophiques de	
matologie à Moscou 300	la main et de l'avant-bras con-	
Sueur (réactions de la—), par Guiz-	sécutives à un traumatisme, par	
ZETTI 90	QUINQUAUD	254
- Action des alcaloïdes sur sa	Tuberoules sous-cutanés doulou-	
sécrétion, par AUBERT 438	reux, par Roy	976
Sycosis, par EHRMANN 312	Tuberculose cutanée, par DOUTRE-	
- du cuir chevelu, par LEWIN 915		65
Syphilis, voir à la fin de la table.	— par MRACEK	122
Syphiloïde. Lésions syphiloïdes de	- gomme scrofulo - tuberculeuse	
la bouche et de la langue, par	des jambes, par FORDYCE	132
MOREL-LAVALLÉE 49	— (Trèves dans la —), par HALLO-	
	PEAU'	103
T	- inoculée par morsure, par	
Manager and the same of the same	JEANSELME	65
Tabes (gangrène spontanée des	- buccale, par Keller	916
orteils dans le—),par PITRES 1089	- gommeuse de la langue, par	70
- ulcère de la bouche chez un	CHAUFFARD	78
tabétique, par HUDELO 607	- verruqueuse de la main, par	1011
Voir aussi Syphilis.	BULKLEY	104
Tatouages, par PASCHKIS 911	— ulcérée de la langue, par SABO-	904
Teigne : traitement, par Mas-	LOTZKY	302
SAZZA	- de la langue, par KAPOSI	132
- (collodion iodé dans le traite-	- ulcère tuberculeux du cou, par	60
ment de la), par BUTTE 434	KÖBNER.	62 77
- inguinal, par BUTTE 1257	Tuménol et thilanine, par Fox	**
- achorion schoenleinii, par MA-	Tumeur mélanique de la peau, par	70

		I I	Pages,
	Pages.	Xantheme, par M.C. ANDERSON	214
Ulcère du nez d'origine douteuse,		- par P. A. Morrow	661
par KAPOSI	911	- leur nature, par Török 1109,	1261
<ul> <li>(de jambe : traitement des —),</li> </ul>		leur nature et la cause de leurs	
par HEIDENHAIN	661	complications, par HALLOPEAU	935
Urêthre (double orifice de l'-), par		Kéroderma pigmentesum, par TEN-	
ROSENTHAL	467	NESON et DANSEUX	1181
- (kystedel'-), par NEUMANN	474		
- (rétrécissements de l'-), par		Z	
HANC	1228	-	
- (éclairage de l'-), par LANG	312	Zena, par VALDETTARO	1000
		- fémoral, par FATICHI	91
Uréthrite, par BREWER	1046	- ophthalmique, par Goldsch-	
- chronique, par SCHWENGERS.	97	MIDT	1331
— par TRZCINSKI	526	- dans les infections, par WASI-	
- par Bransford Lewis	1079	LEWSKI	795
- avec arthropathies et myopa-		— de la jambe, par SCHIFF	315
thies, par LANG	952	— de la jamoe, par sontre	010
- para-uréthrite, par LANG	471	CVBILLIC	
Voir aussi à Blennorrhagie.		SYPHILIS	
Urticaire, par POSPELOW	300	Généralités. — Virus syphilitiq	ue.
- pigmentaire, par H. FEULARD	861	Syphilis (sang dans la), par	
			672
		RILLE.	012
		Bacille de la syphilis, par SABOU-	100
Vaccine (éruptions de la —), par		RAUD	100
WAISMAN	977	Virus syphilitique (atténuation du	
Varices des jambes : traitement		—), par Pellizzari	224
par la bande élastique, par		Virus syphilitique, par CH. MAU-	
TRAONOUEZ	1243	RIAC	223
- lymphatiques de la muqueuse		Signes diagnostiques de la syphi-	
buccale, par TENNESON et DA-		lis, par LEWIN	623
RIEB		Syphilis ou simulation, par GOLD-	
Variole (inoculation de la), par		ZIEHER	763
PABIN		2133333	
Végétations extra-génitales, par		Étiologie. Contagion.	
GEMY		Réinfection syphilitique, par PE-	
Verge (ulcère serpigineux de la —).		TERS	296
par NEUMANN	. 905	- par DIDAY et DOYON	354
Voir aussi Pénis.		- par SWINBURNE	1045
Vergetures, dans la fièvre typhoïde	,	- par LANG	1219
par MILLARD	1382	Syphilis familiale, par HUDELO	47
Verrues cornées, par HEBRA	321	- acquise chez les impubères, par	
- localisées, par LEDERMANN	1050	FOURNIÉ	1245
- planes juvéniles, par H. FEU-		Hérédo-syphilis, contagion de la	
LARD		nourrice de l'enfant infecté, par	
- séborrhéiques, par LEWIN			268
Vessie (innervation de la —), par		ERAUD	200
		Syphilis communiquée par l'allai-	00
von ZEISSL	. 312	tement, par H. FEULARD	32
Vitiligo. Voir Pelade.		Syphilis insolite, par ALLEN	1327
X		Évolution de la syphilis.	
Xanthelasma des paupières, pa		Le chancre est-il une cause d'ap-	
PALM		pel des syphilides dans la ré-	
	. IUUI	per des syphilides dans in re-	

Pages.	Pages.
gion qu'il a occupée, par MOREL-	Syphilide psoriasiforme par KA-
LAVALLÉE 177	POSI 476
Syphilis maligne précoce, par	- serpigineuse, par KAPOSI 476
MOREIRA 111	— ulcéreuse par HÉBRA 322
- anormale, par Morison 1012	du voile du palais, par NEU-
Gomme apparue 52 ans après le	MANN 314
chancre, par THIBIERGE 1334	- gommeuse de la nuque, par
	LEDERMANN 1050
	du cuir chevelu, par BRUCKE. 468
Chancres syphilitiques.	du menton, par HALLO-
Cl	PEAU 1290
Chancres syphilitiques multiples,	D. ( ) . ( )
par PETER 765	Ci-4-1 Lillet No
par TAYLOR 1044	TT
- uréthral, par TILDEN BROWN 1047	177-41
- extra-génitaux, par SALSOTTO. 663	200
— par PETER 762	
- céphaliques, par REBOUL 1244	
— de la voûte palatine, par Mor-	Gommes.
ROW 1327	Gommes des Daubieres, Dar J. PETIT 1215
— de l'anus, par NEUMANN 958, 1326	- de la langue par NEUMANN . 967
— de l'abdomen par GASTOU 1307	- du genou par NEUMANN 322
- de l'aisselle, par FOURNIER 1297	- du triceps, par Kaposi 907
- du cuir chevelu, par VAUGHAN. 464	Ulcère gommeux de la jambe, par
- de la lèvre, par LEWIN 968	NEUMANN 957
<ul> <li>double de la lèvre inférieure,</li> </ul>	2120222
par OPPENHEIM 915	Combille day as at day and day
- des paupières, par AUMONT 1058	Syphilis des os et des articulations.
- de l'œil, par GALEZWOSKI 1312	- Ostéo - arthropathie hypertro-
- par morsure, par LEJARS 273	phiante, par CHRÉTIEN 1009
- syphilitique (?) chez un enfant,	Carie syphilitique de la colonue
par SCHIFF 1221	vertébrale, par DARIER 782
- gangréneux, par LANG 1326	
	ыот 663
Cumbilidan	Arthrite du genou syphilitique,par
Syphilides.	KAPOSI 475
Syphilide : plaques cutanées, par	Déformation des membres d'ori-
RAVOGLI 660	
- lichénoïde, par NEUMANN 316,322	
- maculeuse, par LANG 960	
- palmaire eczématiforme, par	ajpuna des voies respiratoires, de
LEDERMAN 1049	l'appareil digestif, de l'appareil
- cornées de la main, par Lewin, 105	circulatoire.
Cornes cutanées syphilitiques, par	Syphilis de l'épiglotte, par VIB-
G. LEWIN et J. HELLEN 10	
Syphilide papuleuse, par Fox 773	
- pigmentaire, par HASLUND 410	
— par ROSENTHAL 76	
— par TAYLOR 79	
— par HAZARD 124	
- pigmentée du cou, par LEWIN. 96	
- leucomélanodermie syphiliti-	- de l'intestin, par de MICHELE
que, par A. FOURNIER 74	et SOZRENTINO 101

	Pages.		Pages.
Syphilis - par Homen	665	Infiltration gommeuse du cer-	r ages.
— du rectum, par HALM	103	veau, par KLIPPEL et PACTET.	783
- par DUPLAY	225	Syphilis médullaire, par ROSEN-	
- par ZEISSL	1011	THAL	467
Syphilome anal, par FOURNIER et		- par MENDEL	611
MENDEL	864	- par ERB	670
Rétrécissement dit syphilitique du		- par Sachs	1010
rectum, par CORRE	1058	- par MARIE	1084
- par GAURAN	1246	Myélite syphilitique, par KASIMIR	1061
- traitement chirurgical, par		Atrophie musculaire à marche pro-	
Herczel	300	gressive chez des syphilitiques,	
Anévrysme syphilitique de l'aorte,		par F. RAYMOND	779
par MARTIN- DURB	786	- progressive, par HAMMOND	1010
Lymphangite chez un syphilitique,		Amyotrophie spinale progressive,	
par Du CASTEL	846	par Poussard	1059
Pléiades ganglionnaires syphili-		Tabes et syphilis, par ISAAC	1052
tiques, par MENDEL	259	- et paralysie générale, par NA-	
erques, pur manusan,	200	GEOTTE	1061
		par FOURNIER	1087
Syphilis du rein, du foie, de la	rate,	par DEUGLER	1341
du testicule et de l'utérus		Syphilis et paralysie générale, par	
Mal de Bright syphilitique précoce,		FOURNIER	1087
par HUDELO	260	- par Hongberg	1090
- examen histologique des reins,	200	Aliénation mentale, par MAIRET.	1258
par J. Darieb	849	Kystéro-neurasthénie secondaire,	
•	010	par FOURNIER	603
Syphilis rénale précoce, par J.Da-	920	Neurasthénie syphilitique, par	000
Albuminurie syphilitique, par	850	FOURNIER	1088
	707	Pseudo-paralysie syphilitique, par	2000
NEUMANN	767	Moncorvo	676
par Gastou	1307	Syphilis : réflexe tendineux dans la	.,,,
• •	782	syphilis secondaire, par ZAROU-	
— par NEUMANN	1326	BINE	840
Hépatite syphilitique, par LEWIN Syphilis avec lésion de la rate, par	624	Névrite multiple dans la phase ai-	010
MRACEK	1222	guë de la syphilis, par EHRMANN.	768
Hypersplénie syphilitique secon-		gue de may pinne, par minamann.	
daire, par E. BESNIER	18	Combille de l'est et de une	
Orchite syphilitique, par TILDEN		Syphilis de l'œil et du nez	
Brown	1009	Syphilis oculaire par SILEX	294
Gomme du testicule, par LEGUEU.	1335	- de la conjonctive, par NEUMANN	323
Induration syphilitique du col de	1000	par TERSON	1309
l'utérus, par Puech	207	Hémorrhagies syphilitiques du cer-	
rateras, par a oboir	20.	cle ciliaire, par GALEZOWSKI	896
C	_	De la localisation de la syphilis	
Syphilis du système nerveu	x.	dans le cercle ciliaire choroï-	
Syphilis nerveuse, par NEUMANN.	907	dien, par GALEZOWSKI	200
- du système nerveux, par PA-		Paralysie des nerfs moteurs de	
REJA GARRIDO	226	l'œil, par GALEZOWSKI	456
- cérébrale, par BROUSSE	1215	Syphilis oculaire; décollement de	
- (étiologie et fréquence de la -),		rétine, par GALEZOWSKI	754
par HJELMMAN	1091	- du nez, par GEBBEB	664
traitée par l'huile grise, par		- de l'antre d'Highmore, par	
SACAZE et MAGNOL	943	LEWIN	1025

Phénomènes généraux. Associa	tions	T-1-11 A11-3-1- A	Pages,
pathologiques.	_	Injections de salicylate de mercure,	1000
Diabète syphilitique, par FEIN-	Pages.	par Froloff  — intra-veineuses de sublimé, par	1096
BERG	669	CAMPANA	1095
- insipide chez un syphilitique,		— par JEMMA	1095
par LEWIN	968	- mercurielles dans la thérapeu-	1000
•		tique oculaire, par ROCHE	1244
Syphilis infantile. Syphilis	.	- d'huile grise, par THÉBAULT.	1062
héréditaire.	٠	- mercurielles ; embolies de paraf-	1002
hereultaire.		fine, par BLASCHKO	679
Syphilis héréditaire, par EHR-		Vapeurs mercurielles, par GAGLIO	1096
LENMEYER	676	Mercure (élimination du —), par	
- par LEWIN	758	LINDEN	681
- par 'MRACEK	1223	- (absorption du -), par WELAN-	-
- affections testiculaires, par		DER	792
TAYLOR	1044	Traitement mercuriel et diabète,	
<ul> <li>— tardive, gomme du testicule,</li> </ul>		par Morrow	775
par Bogdan	1213	Syphilis: traitement par les injec-	
<ul> <li>osseuse dans la syphilis hérédi-</li> </ul>		tions de sérum animal, par	
taire, par WERTHER	103	TOMMASOLI	677
Chondrite gommeuse dans la sy-		- par KOLLMANN	678
philis héréditaire, par LEWIN	298	- traitement par les eaux miné-	
Syphilis, poids du fœtus, son rap-		rales, par RIERA	226
port au poids du placenta, par		Iodure de potassium en lavements,	
BRIDIER	1059	par Calantoni	109
— (hérédité de la —), par NEU-			
MANN	674	Prophylaxie de la syphilis.	
		Syphilis et prostitution, par BLAS-	
Traitement de la syphilis.		СНКО	1097
Traitement de la syphilis, par		- par COMMENGE	1259
FOURNIER	682	Prophylaxie de la syphilis, par	
Traitement préventif, par LANG.	316	C. PELLIZZARI	109
par NEUMANN	963	- par FABRIS	227
Excision du chancre, par Cozzi	104	- par HUIZINGA	797
par MAURIAT	1093	- par LAURENT	797
par MAC GUIRE	1093	— de la syphilis, hygiène des	
Traitement interne par le tannate		boutiques de barbier, par Kö <b>B</b> -	
de mercure, par GAY	1096	NER	466
- par AUDIGIER	1063	— par Blaschko7	65,971
- par le sozoiodolate de mercure,			
par EUDLITZ	1063	BIBLIOGRAPHIE	
Syphilis, traitement par lecalomel,		COMPTES RENDUS DES LIVRES	3
par PERONI	105	P	
- par les frictions de calomel, par		Par ordre alphabétique d'auteu	TS.
BOVERO	105	Précis des maladies blennorrhagi-	
- par le savon au calomel, par DE		ques, par AUDRY	1256
WATBAZEWSKI	620	Etude sur le dermographisme ou	
- par les injections de calomel, par		dermoneurose toxivaso-motrice,	
JUST NAVARRE	106	par BARTHÉLEMY	1254
- par DE MICHELE	107	Syphilis et prostitution au point	
- par les injections d'oxyde jaune		de vue de l'hygiène publique, par	
de mercure, par MANGANOTTI.	109	BLASCHKO	1097

3	Pages.	Commence Assumed a comment	Pages.
Précis élémentaire de dermatologie,		Traite descriptif des maladies de	
par Brocq et JACQUET	326	la peau. H. 4º livraison, par	
Les teignes : leur traitement, par		LELOIR et VIDAL	325
BUTTE	1257	L'inflammation, par LETTLLE	1257
Précis iconographique des mala-		Alienation mentale syphilitique,	
dies de la peau, par E. CHATE-		par MAIRET	1258
LAIN	931	Achorion Schonleinii, morfologia	
Syphilis et prostitution chez les insoumises mineures, par Com-		biologia e clinica, par MARIA- NELLI	794
MENGE	1259	Leçons sur les maladies de la	
Manuel de pathologie interne, par	1200	moelle, par P. MARIE	230
DIEULAPOY	1343	Etiologia da syphilis maligna pre-	200
Traitement de la syphilis, par	1010	coce, par JULIANO MOREIRA	111
A. FOURNIER	682	A system of genito urinary disea-	***
A propos des régétations extra-gé-		ses, syphilology and dermatology,	
nitales, par GEMY	1255	édité par Prince A. Morrow	793
Traité élémentaire de pathologie		Index bibliographicus syphilidolo-	
générale, 4º édition, par HALLO-		giæ, 1889	
PEAU	1254	La blennorrhagie maladie géné-	
Des mesures prophylactiques effi-		rale, par Souplet	1344
caces à prendre contre la propa-		Index bibliographicus dermatolo-	
gation des affections syphiliti-		giæ, 1889, par SZADEK	111
ques et vénériennes, par MENVO-		Herpes zoster und Einreihung un-	
HUIZINGA	797	ter die Infectionskrankheiten,	
The ready-reference handbook of		par Wasilewski	795
diseases of the skin, par G. T.		Guide de thérapeutique générale et	
JACKSON	230	spéciale	927
Was ist Eczem, par KROMAYER	231	Guy's Hospital reports	932
De la fréquence des maladies véné-		Journal of the leprosy investiga-	
riennes et des moyens de la faire di-		tion committee	228
minuer, par ARMAND LAURENT	797		

OCT 21 1919